

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude-Fernand BOURGEOIS

Né à Chartres le 12 octobre 1899

*Contribution
à l'étude des Tumeurs rares
de la Langue*

(Tumeurs fibreuses)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur.

CHARTRES
IMPRIMERIE DURAND
9, RUE FULBERT, 9

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Claude-Fernand BOURGEOIS

Né à Chartres le 12 octobre 1899

*Contribution
à l'étude des Tumeurs rares
de la Langue*

(Tumeurs fibreuses)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur.

CHARTRES
IMPRIMERIE DURAND
9, RUE FULBERT, 9

1927

Le Doyen.. . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.. . . .	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.. . . .	SICARD.
Pathologie chirurgicale.. . . .	LECÈNE.
Anatomie pathologique.. . . .	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.. . . .	TIFFENEAU.
Thérapeutique.. . . .	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.. . . .	RATHERY.
Clinique médicale.	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.. . . .	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.. . . .	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.. . . .	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.. . . .	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.	Pathologie médicale.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.	Histologie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.	Histologie.
CHIRAY.	Pathologie médicale.
CLERC.	Pathologie médicale.
DEBRÉ.	Hygiène.
I. de JONG.	Anatomie pathologique.
DUVOIR.	Médecine légale.
ECALLE.	Obstétrique.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LELORIER.	Obstétrique.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE.	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
METZGER.	Obstétrique.
MOCQUOT.	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
PHILIBERT.	Bactériologie.
RIBIERRE.	Pathologie médicale.
RICHT Fils.	Physiologie.
TANON.	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.
VILLARET.	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens.

MM.

GOUGEROT.	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
RETTNER.	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent.

MM.

AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.
LERY.	Clinique médicale.
LOEPER.	Clinique médicale.
PROUST.	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé. . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLET-BERT. . . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD. . . .	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*qui m'a si dignement précédé
dans la carrière.*

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX
ET A LA FACULTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

AVANT-PROPOS

Un cas de fibrome de la langue présenté au Congrès de chirurgie par notre maître, M. le Dr Auvray, chirurgien des hôpitaux de Paris, chargé de cours de clinique, nous inspira le projet de réunir tous les cas analogues ayant été l'objet de communications, et de faire une étude des tumeurs fibreuses de la langue.

Nous ne dissimulerons pas que, malgré la rareté du sujet, nous avons trouvé beaucoup plus de relations que nous ne l'espérions. Malheureusement, quoiqu'en connaissant l'existence, il nous fut impossible de les trouver toutes à la Bibliothèque, qui ne reçoit pas tous les périodiques étrangers, et un certain nombre encore, le temps et les moyens nous manquant, n'ont pu être traduites.

Nous avons néanmoins consciencieusement réuni et utilisé tous nos matériaux en vue de présenter le travail d'ensemble qui va suivre, et pour lequel nous réclamons toute l'indulgence de nos juges, car il est forcément imparfait.

Qu'il nous soit permis d'assurer encore ici nos maîtres de notre sincère gratitude pour les enseignements et les conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant nos années d'études.

Il nous reste enfin à prier M. le P^r J.-L. Faure d'agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Nous avons ainsi divisé notre travail :

1^o Dans un premier chapitre nous ferons l'historique de la question.

2^o Le second chapitre sera consacré à la relation de toutes les observations que nous avons pu réunir et qui ont servi de base à notre étude. Un certain nombre ont été réduites, en raison de leur longueur, à leurs points essentiels, car il eût fallu un volume pour les publier *in extenso*.

3^o La troisième partie comprendra la partie importante de notre thèse, c'est-à-dire l'étude étiologique, histologique, anatomo-pathologique, les symptômes, et enfin le diagnostic, le pronostic ainsi que le traitement des tumeurs fibreuses de la langue.

Quelques lignes, pour terminer, seront réservées aux conclusions de nos recherches.

PREMIER CHAPITRE

HISTORIQUE

Maisonneuve, avec sa thèse de concours pour le professorat, en 1848, fut le premier à parler des tumeurs fibreuses de la langue. Jusque-là il n'y avait eu que quelques communications isolées, la rareté de cette affection, dont la symptomatologie n'est pas bruyante, l'ayant fait rester complètement dans l'ombre.

Ce n'est ensuite qu'en 1855 qu'apparaissent les premières observations. Elles furent successivement publiées par Notta, chirurgien à Lisieux, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* (il s'agit d'un fibrome pur), puis par Laugier, dans la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, et enfin par Waterhouse, médecin de Boston (les deux derniers cas, fibrome et fibro-lipomes, relativement anciens, guéris par l'extirpation).

En 1862, Gibb, puis en 1863 Mason, dans le journal *The Lancet*, de Londres, publient chacun un cas de fibrome congénital de la langue : le premier était multiple.

En 1867, communication de Paget, dans *The Lancet*.

En 1872, en Amérique, Pooley, puis Fith font paraître deux observations très complètes et très intéressantes. Le cas de Pooley est le plus grave qui ait été rapporté, et selon lui l'extirpation de la tumeur a été une des interventions les plus mouvementées de sa carrière de chirurgien.

Vers cette même époque, Gross, dans le *System of Surgery* dit :

« Les tumeurs de structure fibreuse ou fibro-cellulaire se rencontrent quelquefois dans la langue, soit incluses dans sa substance, soit attachées à sa surface. Elles sont généralement de forme sphérique, ou ovoïde, de consistance ferme, dure, indolore, d'un développement lent et sans douleur. Lorsqu'elles font saillie à la surface

de la langue elles présentent un aspect particulier, pendant comme des polypes, leur union avec la langue se faisant par l'intermédiaire d'un pédicule mince et étroit. Les tumeurs fibreuses de la langue sont parfois congénitales. »

C'est la conclusion de tout ce qui avait paru jusqu'alors sur la question. Et à partir de ce moment, dans les ouvrages des auteurs classiques, il y eut un chapitre des tumeurs fibreuses de la langue : en 1873, dans le *Traité des affections de la langue*, de Clarke, et en 1875, dans le *Traité de Pathologie externe* de Follin et Duplay.

En 1873 également on trouve un article intéressant, dans « *Les Maladies chirurgicales de la langue* », de Hybord. Il insiste sur le diagnostic de la bénignité de cette sorte de tumeurs.

De même fera Demarquay, en 1875, dans le *Dictionnaire Jaccoud* :

En 1884, un interne des hôpitaux de Lyon, E. Blanc, publie le premier cas de fibro-myome de la langue qui soit connu.

En 1885, c'est-à-dire fort peu de temps après, Albert, d'abord, de Vienne, puis un Allemand, Zahn, rapportent deux nouvelles observations, dont l'une de fibro-lipome, l'autre, remarquable au point de vue étude histologique, contenant du tissu cartilagineux et même osseux.

La même année, un article de Buttin, de Londres.

En 1886, nouveau cas de tumeur fibreuse, de Hayem, en Amérique.

En 1888, trois autres observations, l'une de Poncet, dans le *Lyon Médical*, les deux autres de Bergmann à Berlin.

C'est alors que Du Fayet de la Toue, en 1891, eut l'idée de consacrer sa thèse à une étude d'ensemble des fibromes de la langue. C'est le premier travail réellement intéressant et documenté que nous ayons possédé. Il y publie en outre une observation d'un de ses amis, le Dr Lacaze. Nous nous sommes d'ailleurs permis de puiser quelques renseignements dans cet ouvrage.

La publication suivante apparaît en 1895. Elle est de M'Weeney, de Dublin : il s'agit d'un fibro-myome.

Quelques lignes, dans la thèse de Dubourdieu, de Bordeaux, en 1897, sur le diagnostic entre les lipomes et les formes molles de fibrome.

En 1898, Bonisson, dans le *Dictionnaire Dechambre*, apporte quelques précisions aux données histologiques de Zahn.

Lancereaux, en 1900, dans une étude sur les tumeurs conjonc-

tives, les étiquette « néoplasies des tissus provenant du feuillet moyen du blastoderme, néoplasies mésodermiques ».

Enfin, six nouvelles observations, de Chavannaz et Sabrazès, en 1907, sont communiquées, accompagnées d'un long article sur l'étiologie possible, et l'histologie des fibromes de la langue, dans la *Province Médicale*.

Il y a là une grande étape franchie dans l'étude de cette question.

Une autre excellente documentation histologique est fournie par Petges, en 1910, sur un cas de fibrome fasciculé relaté avec beaucoup de détails dans le *Journal de médecine de Bordeaux*.

Le second véritable travail d'ensemble est constitué par la thèse de Castera, en 1913, travail très substantiel dont nous nous permettrons également de faire quelquefois mention, soit pour y puiser des renseignements, soit pour en faire quelques légères critiques.

Pendant la guerre, il est aisé de comprendre le peu d'intérêt que présentent les fibromes de la langue. Aussi nous faut-il attendre jusqu'en 1922 pour avoir une nouvelle communication. Elle est faite par Paul Delbet et H. Bellanger, dans les *Mémoires de la Société d'anatomie* : il s'agit d'un polype fibreux congénital enlevé chez un nourrisson d'un mois et demi.

L'année suivante, un cas de fibrome pur est observé par Delore et Dunet et un polype fibreux pré-épiglottique par Rendu. Ce dernier insiste sur ce fait curieux qu'une tumeur pédiculée, mobile, du volume de deux cerises jumellées, puisse se développer dans le voisinage immédiat du carrefour aéro-digestif sans être perçue par le malade sous forme de corps étranger mobile et sans provoquer d'autres troubles qu'un peu de dysphonie, de dysphagie non douloureuse, et une sorte de trismus n'ayant cédé qu'à l'intervention linguale, trismus attribué jusque-là à un traumatisme.

Enfin en 1926, notre maître, M. le Dr Auvray, agrégé, chirurgien à l'hôpital Laënnec, rapporte à la Société de chirurgie un cas de fibrome de la langue qu'il venait d'opérer dans son service. C'est ce qui nous inspira, avec ses bons conseils, le sujet de notre thèse. Peu de temps après il rapportait une nouvelle observation, de Chastenot de Gery, en insistant sur l'existence dans la tumeur, de portions angiomateuses, ce qui serait en faveur de l'origine congénitale de beaucoup de formes de fibromes, origine qui a été admise.

Pour terminer ce trop long historique et afin de le compléter pour ceux que ces tumeurs intéresseraient particulièrement, nous

signalerons les diverses sources auxquelles nous n'avons pu puiser malgré notre bonne volonté, et dont certaines, nous ne l'ignorons pas, nous auraient été fort utiles :

1859. VARICK (T.-R.). — Removal of a fibro-cellular humor from the tongue with the ecraseur. *N. York J. M.*, 1859, 3 s, VII, p. 254.
1864. RICHARDSON (B.-W.). — Fibrom tumour of the tongue of one pound of weight. *Med. Times et gaz.*, Londres, 1864, I, p. 572.
1875. BURROW. — Un cas de fibrome de la langue. *Arch. für klinick Chir.*, 1875.
1876. RICE (W.-R.). — Fibrom tumour between the epiglottis and base of the tongue, removed with the ecraseur. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1876, XI, p. 452.
1878. TIZZONI et PARONA. — Fibromes de la langue et de la lèvre supérieure. *Annali universali de medicina et chirurgia*, Milan, août 1878.
1889. FISHER. — Angio-fibrome der Zunge. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1889, XXIV, p. 584 à 590.
1892. WRIGHT. — Un cas de fibro-épithéliome de la base de la langue. *Tr. am. Laryngol. Ass.*, N. Y., 1893, XIV, p. 27 à 30.
1896. HERSTFELD. — Double fibrome de la pointe de la langue. *Berliner Klin. Woch.*, 1896, p. 723.
1898. MARTUSCELLI (G.). — Fibroma pedunculato polypo (Polypofibroso della lingua), 1898, XVIII, 445 à 454 (1 pl.).
1906. MARTUSCELLI. — Fibroma congenito della lingua. *Bull. de mal. de orecchio de gola ed naso*. Firenze, 1906, XXIV, 433 à 437.
1907. MARTUSCELLI. — Una osservazione di fibroma della lingua concomitante con fibromi della larynge. *Arch. ital. di laryngol.*, Napoli, 1907, XXVII, 25 à 28 (1 pl.).
1907. WIGGIN (E.-H.). — Case of multiple fibro-sarcome of the tongue with remarks on the use of trypsin and amylopsin in the treatment of malignant disease. *J. ann. m. ass.*, Chicago, 1906, XLVII, 2003 à 2008.
1921. ALOI (V.). — Alcune osservazioni sopra uno strano tumore della lingua. *Gazz. med. napol.*, 1920, III, 219-221.
1922. RADFORD (D.-L.-G.). — Fibro-lipoma in the mouth. *Brit. Denb. J. Lond.*, 1921, XII, 1092.
1923. BRANCATI (R.). — Un caso di fibrosarcoma della lingua. *Tumori*, Roma, 1922-23, IX, 356-362 (1 pl.).
1923. ZAHNER (K.). — Zu einem Fall von Zungenstruma. *Münch. med. Wochenschr.*, 1922, Ixix, 747.
1924. RINZ-MORENO (M.). — Sobre dos casos de papillomas congenitos de la lengua. *Rev. ass. med. argent.*, Buenos-Aires, 1923, XXXVI, *Sect. Soc. pathol. quir.*, 448-451.
1925. JORGE. — Tumor congenito de la base de la lengua, operado. *Semena med.*, Buenos-Aires, 1925, XXXII, pt. I, 4291.
1925. MORTON (J.-J.). — Sublingual fibroma. *Annals of Surgery*, Phila, 1924, LXXX, 487-492.

Signalons, en dernier lieu, que Erichsen (dont le cas est cité dans le *Dictionnaire Dechambre*), P. Berger, Le Dentu et Delbet, Cuneo et Delamare, Morestin, se sont occupés de ces tumeurs de la langue.

DEUXIÈME CHAPITRE

OBSERVATION I.

NOTTA. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 17 septembre 1856. —
Fibrome pur de la langue.

Dans le courant du mois de mai 1854, je vis un garçon meunier, âgé de 29 ans, portant une tumeur développée au milieu de la portion libre de la langue.

Cette tumeur a commencé à se manifester, sans cause appréciable, il y a neuf ans, et insensiblement elle a acquis le volume d'une noix, que nous lui trouvons aujourd'hui. De temps à autre elle augmente de volume, et devient alors le siège de quelques élancements. Hormis cela, elle est complètement indolente.

Cette tumeur fait saillie à la face supérieure de la langue, et dans le point le plus saillant, situé sur la ligne médiane, à trois centimètres de l'extrémité libre, existe une surface ulcérée superficiellement, grisâtre, ayant environ trois millimètres d'étendue.

Au toucher, cette tumeur est très dure.

Le tissu de la langue semble lui adhérer intimement, mais n'est pas induré.

Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques ; néanmoins le malade a pris pendant un mois, et sans résultat, de l'iodure de potassium.

L'ablation de la tumeur ayant été résolue, le Dr Quesnel et moi procédâmes de la manière suivante : Le malade, assis sur une chaise, fut endormi avec le chloroforme. La langue, maintenue hors de la bouche avec des érignes, une incision antéro-postérieure sur le point ulcéré de la tumeur fut pratiquée, et il devint alors facile de l'enucléer. La guérison fut rapide. La tumeur présente une forme irrégulière. La surface est mamelonnée. Elle est formée d'un tissu homogène blanchâtre, dépourvue de vaisseaux à la coupe ; elle présente une surface divisée en lobules par des tractus fibreux. La pression n'en fait écouler aucun liquide.

Au microscope, mon ami le Pr Leudet, de Rouen, y a retrouvé tous les caractères du tissu fibreux pur, sans mélange d'aucun autre tissu.

OBSERVATION II

LAUGIER. — **Tumeur fibreuse de la langue.** — Extirpation. Guérison. —
Septembre 1855.

Le nommé F..., garçon de chantier, est entré le 28 août 1855 au lit 66 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, remplacé en ce moment par M. Ad. Richard. C'est un jeune homme de 32 ans, bien portant et vigoureux. Il avait 15 ans, à ce qu'il rapporte, quand il découvrit, sur le bord droit de sa langue, une petite grosseur, du volume d'une lentille, et aplatie comme elle. Elle fit assez peu de progrès pour qu'à 20 ans, son volume n'excédât pas celui du bout du doigt. Du reste elle ne provoquait ni gêne ni douleur. Mais quelques années plus tard il n'en fut pas de même; elle crût assez rapidement, se partagea en plusieurs lobes, et rendit la prononciation difficile pour le jeune homme, et pénible pour ceux qui l'écoutaient. La crainte toutefois l'empêchait de consulter les chirurgiens, et il arriva jusqu'à l'âge de 32 ans. A la vue de cette tumeur, le plus grand étonnement est qu'il l'eût conservée si longtemps.

Aujourd'hui la tumeur offre le curieux aspect très bien rendu dans un dessin de M. Lévillé.

Implantée sur le bord droit de la langue, à deux travers de doigt en arrière de sa pointe, elle se développe dans la cavité buccale sous la joue correspondante. Son volume ne peut être mieux comparé qu'à celui de la portion de la langue qu'un effort ordinaire fait saillir de la bouche; et, en effet, dans la position indiquée sur la figure, il semble qu'on voit une langue irrégulièrement bifide. Sa surface est trilobée. La muqueuse qui la recouvre est celle de la langue, amincie. Sa couleur est rosâtre, mais comme un peu lavée, rappelant celle des polypes utérins, sa consistance ferme, dure même, sans point fluctuant. Le pédicule est facilement poursuivi et limité dans l'épaisseur de l'organe.

Dans l'état ordinaire, le malade laisse la tumeur dans l'intérieur de la bouche, et sa présence n'est manifestée à l'extérieur que par un léger soulèvement de la joue.

Il est très curieux de voir ce jeune homme tirer la langue, de manière à montrer sa tumeur. Celle-ci, en effet, au moment où elle franchit l'arcade dentaire, puis le sphincter labial, se déploie tout d'un coup comme une tige élastique.

Ce jeune homme a été opéré le 30 août. La portion gauche de la langue étant fixée entre les deux doigts d'un aide. Au moyen d'une compresse sèche, M. Ad. Richard circonscrit le pédicule au moyen d'une incision elliptique. L'énucléation se pratiqua avec la plus grande facilité par la dissection rapide du tissu cellulaire lâche qui enkyste la portion intra-linguale de cette tumeur.

La petite artère nourricière du produit morbide ayant été liée, les deux lèvres de la plaie sont réunies par trois points de suture ordinaire.

Le surlendemain les fils sont enlevés. La réunion était parfaite sur la moitié de la plaie, le reste granule sur les bords seulement.

Le 4 septembre, 6 jours après l'opération, le malade demande à sortir.

Il est revenu se montrer 2 fois, et est parfaitement guéri, si bien qu'on découvre difficilement aujourd'hui les traces de l'opération qui lui a été faite.

La nature de cette tumeur ne fut pas telle qu'elle avait été prévue avant l'opération. M. Richard avait pensé qu'il s'agirait là d'hypertrophie des glandes linguales, et cette opinion fut partagée par plusieurs de ses collègues auxquels le malade fut soumis à la Société de Chirurgie.

Déjà la section pratiquée dans son épaisseur ne montre qu'une coupe uniforme malgré les lobes, et au microscope MM. Robin et Richard n'y découvrirent que du tissu fibreux avec quelques éléments fibro-plastiques.

M. Robin a eu plusieurs occasions de voir, comme ici, que certaines tumeurs, qu'à cause de leur aspect on aurait pu croire d'origine glandulaire, n'étaient en réalité que des productions fibreuses.

Une particularité importante, au point de vue de l'opération, est l'enkystement de la portion intra-linguale de la tumeur, d'où sa facile énucléation.

Dans certains cas analogues, la même particularité a été notée.

D'où proviennent ces lobes qui ont fait croire à une tumeur glandulaire ? Très probablement du contact avec les dents, qui n'étaient que très légèrement déjetées en dehors.

Les exemples de tumeurs fibreuses de la langue, avons-nous dit, sont fort rares. L'aspect jaunâtre, qu'offrait la coupe de la tumeur dont il est question ici, peut faire supposer que les lipomes de la langue, qui ont été cités, étaient peut-être de véritables tumeurs fibreuses.

Du reste l'histoire pathologique des tumeurs bénignes reste presque toute entière à faire. Heureusement, leur pronostic et leur traitement ne laissent, malgré cette lacune, que peu d'obscurité.

OBSERVATION III

WATERHOUSE. — *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1855. — **Fibro-lipome de la langue.**

M. Canney, d'Exeter, âgé de 46 ans, d'une bonne santé, vint chez moi avec son père, demander mon avis quant à une tumeur située sur sa langue.

La tumeur avait été remarquée 3 ans auparavant; elle était alors de petit volume, mais avait augmenté graduellement depuis, jusqu'au moment où je la vis, et où, à cause de son volume, elle causait une grande gêne. La face du malade était grossie du côté droit, à cause de l'agrandissement de la cavité buccale qui s'accommodait au développement lent, mais persistant, de la tumeur qu'elle contenait.

En examinant la langue, je trouvai une tumeur, d'un volume considérable, située du côté droit de la face supérieure, et, en même temps, inclinée du même côté, de sorte qu'elle refoule la substance de l'organe à gauche et qu'elle le comprime dans de très étroites limites. La tumeur était d'une fermeté considérable, quelque peu élastique, bien délimitée antérieurement, située à un pouce de l'extrémité de la langue lorsque l'organe était au repos, et ne paraissait pas là faire partie de son tissu; mais postérieurement elle se confondait avec la substance de la langue et n'était pas aussi délimitée. Des vaisseaux congestionnés, de forte dimension, couraient sur sa face postérieure et s'éten-

daient jusqu'à ses bords; ailleurs la muqueuse paraissait saine, bien que tendue. Elle ne causait pas de douleurs au malade, mais depuis quelques mois sa face supérieure était quelque peu sensible.

Différentes opinions avaient été émises par les médecins auxquels le cas avait été soumis antérieurement, relativement à sa nature et à sa terminaison probable.

Après un soigneux examen, je diagnostiquai une tumeur fibreuse, et conseillai l'ablation, dans l'intention de débarrasser le malade d'une entrave à la parole et à la déglutition.

En conséquence, le 25 janvier 1854, après administration du chloroforme, je procédai à l'opération en passant d'abord une forte ligature à travers l'extrémité de la langue pour assurer ses mouvements; je chargeai alors un aide de tirer la langue en avant et à gauche, et ainsi de me mettre autant que possible la tumeur en bonne position, et, fixant dans sa substance une égrigne, je menai une incision semi-lunaire latérale et une autre sur son bord supérieur, de façon à comprendre entre elles les téguments, sauf ce qu'il en fallait pour recouvrir la plaie. La portion antérieure se sépara facilement des portions sous-jacentes, mais la postérieure se confondait intimement avec la substance de la langue, de sorte que je fus obligé de disséquer profondément dans l'organe; en ce faisant je sectionnai l'artère linguale qui donna furieusement. J'enlevai immédiatement la tumeur et saisis l'artère avec une pince.

J'appliquai un fil à ligature et le nouai en m'aidant d'une pince tenue dans chaque main; ce temps se fit avec quelque difficulté à cause de la situation du vaisseau, mais je préférerai ce moyen aux divers procédés usités en pareille circonstance.

Après que l'hémorragie eut été arrêtée, la plaie fut nettoyée et réunie par trois points de suture interrompue et l'opération terminée: sa durée entière n'avait été que de quelques minutes. La plaie guérit bien, de sorte que, quinze jours après, l'enfant put se rendre en classe et lire à haute voix d'une façon tout à fait convenable.

La tumeur après son ablation était de forme ovoïde; elle avait deux pouces de long, un pouce trois quarts de large et pesait vingt-deux dwl. (34 grammes).

L'examen microscopique démontra sa structure fibreuse; elle plongeait, sans faire corps avec eux, dans les muscles avec lesquels elle était en contact. On trouve quelques traces de graisse dans sa portion centrale, qui était de couleur brunâtre; mais aucun élément de nature maligne ne fut décelé autour d'elle.

OBSERVATION IV

MASON. — *Lancet*, 1863, 41, 533. — **Fibrome congénital multiple de la langue.**

La malade dont il s'agit est une femme de vingt-cinq ans qui entre dans mon service à King's-College-Hospital en août 1863. Au moment de sa naissance, l'attention fut attirée sur sa langue qui portait trois tumeurs.

La mère reçut l'avis formel que toute intervention chirurgicale serait suivie d'une hémorragie fatale; et la même opinion ayant été plus tard exprimée à

la patiente elle-même, elle se trouva naturellement peu disposée à courir les risques d'une intervention. Les parents disent que les tumeurs ont environ le même volume depuis sa naissance, et, d'aussi loin qu'elle puisse se le rappeler, elles n'ont jamais varié, jusqu'il y a environ un mois, époque où la tumeur antérieure a grossi légèrement. Cette tuméfaction disparut rapidement et la tumeur a présenté depuis son apparence habituelle. Voici les notes prises au moment de l'admission de la malade :

La malade paraît d'une bonne santé. Trois tumeurs paraissent attachées à la langue : la plus petite est de la grandeur d'une noisette, sa voisine, de la largeur d'un shilling; et la plus étendue mesure deux pouces et un quart en long, un pouce et quart d'épaisseur et un quart de pouce dans le sens antéro-postérieur. Chaque tumeur est réunie à la langue par un pédicule étroit. Sa surface, de couleur rosée, paraît saine et présente de fins vaisseaux courant au-dessous d'elle. Les tumeurs sont uniformément basses, fermes cependant au toucher, n'ont nullement l'aspect papillaire, et ne présentent en aucune façon la structure ordinaire de la langue. Lorsque la langue est portée en avant, les tumeurs se présentent comme sur le dessin, et lorsqu'elle est *in situ*, la tumeur antérieure repose sur son dos. La parole est à peine empêchée; il n'y a pas de difficultés de la mastication; l'exploration est indolore.

La malade, se trouvant quelque peu alarmée par la tuméfaction rapide dont il est fait mention ci-dessus, était anxieuse de voir enlever la tumeur antérieure. Je plaçai donc une ligature autour du col de la tumeur et enlevai celle-ci avec les ciseaux. Il n'y eut pas d'intervention sur les autres tumeurs. Pas d'hémorragie.

Une section montre la nature fibro-cellulaire de la tumeur; elle était formée d'un réseau fibreux comprenant la tumeur entière; dans les mailles se trouvait un fluide gélatineux d'une couleur jaunâtre. Le microscope montre le délicat tissu fibro-cellulaire avec de nombreuses cellules à noyau. L'épithélium enveloppant la tumeur ne présentait pas de cils.

OBSERVATION V

GIBB. — *Diseases of throat and Windpipe*, 2^e édit., London, 1864, p. 312. —
Tumeur fibreuse congénitale multiple de la langue.

En juillet 1862, j'enlevai une tumeur fibreuse de la langue, de la grandeur d'une petite bille (à l'aide du miroir laryngien), et située sur le côté gauche du dos de la langue d'une femme mariée. Elle causait une grande gêne et des attaques de suffocation, parce qu'elle venait en contact avec le côté gauche de l'épiglotte.

La plus petite tumeur était de la grosseur d'une noisette; sa voisine de la longueur d'un shilling et la plus grande avait de deux à trois pouces de long. Chaque tumeur était suspendue à un étroit pédicule. Lorsque la langue occupait sa position normale, la tumeur antérieure reposait sur son dos, la parole était à peine empêchée et il n'y avait pas de difficulté de mastication. J'enlevai la plus grande des tumeurs que l'examen démontra être de nature fibro-celluleuse,

OBSERVATION VI

J. PAGET. — *Lancet*, 1867, vol. 11, p. 718. — **Tumeur fibreuse de la langue.**

Il s'agit d'une jeune fille qui, portant sa langue en dehors, montrait sur sa face dorsale, près de la base et à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une grosse noisette ou d'une petite fève. Elle était dure au toucher. Elle fut l'objet de diagnostics variables de la part de quelques médecins qui diagnostiquèrent au toucher un kyste sébacé calcifié, un kyste hydatique ratatiné ou une tumeur fibreuse. Cette dernière opinion se trouva par la suite démontrée être la bonne. Je la saisis avec une pince, et l'ayant divisée en deux moitiés avec le bistouri, je l'enlevai facilement. Elle était blanche, dure et de nature fibreuse.

OBSERVATION VII

POOLEY J.-H. — *Amer. Journ. of med. sc. n. s. avril 1872*, 1. p. 386.
Tumeur fibreuse de la langue.

Le 8 août 1878, je fus appelé par le médecin de la famille de M^{lle} C..., pour une tumeur de larynx, croyait-il, qui gênait la respiration, donnait lieu de temps en temps à de sérieuses hémorragies. Je la trouvai tout à fait pâle et anémiée, mais par ailleurs, à l'exception de ce trouble local, en bonne santé. Elle disait qu'environ un an auparavant, elle avait commencé à ressentir quelque gêne dans sa gorge; elle n'y fit d'abord que peu d'attention, car elle la considérait comme la suite d'un mal de gorge ordinaire, mais cette gêne devint rapidement plus pénible, au point qu'elle se trouva amenée à appeler un médecin homéopathe aux soins duquel elle demeura soumise pendant quelques mois.

En abaissant la langue en face d'une bonne lumière, je pus facilement voir vers la base la saillie d'une tumeur ronde, lisse, paraissant de la grandeur d'un œuf de pigeon. En passant mon doigt dans la bouche je trouvai la tumeur très ferme, dure, incompressible. Elle était située sur la base de la langue, en partie du moins, car elle était située tellement en arrière, que, malgré l'introduction de deux doigts, je ne pus circonscrire en entier sa base ou son pédicule qui me parut large, et je craignais qu'il entamât le bord du larynx. La tumeur n'était pas sessile, mais avait un large pédicule. Elle gênait sérieusement la déglutition, de sorte que, pendant quelque temps, la malade n'avait pu prendre de nourriture solide; mais la douleur était indolente et ne gênait pas la respiration à un très haut point; elle n'empêchait pas la parole: elle avait donné lieu à trois hémorragies assez graves. Je prescrivis du fer et un gargarisme au bromure de potassium à cause de son action anesthésique si bien connue sur la gorge et conseillai à la malade d'aller à New-York pour avoir un examen laryngoscopique de la tumeur. Elle promit de le faire aussitôt qu'elle aurait quelque peu recouvré ses forces, mais pendant ce temps elle fut atteinte d'une très grave hémorragie, assez abondante pour amener une syn-

cope. On ne peut avoir une idée exacte de la quantité de sang perdue, car une grande quantité du liquide fut recueillie sur les draps et les serviettes, mais l'entourage dit que pendant quelques minutes le sang coulait à flots de sa bouche. L'hémorragie fut arrêtée par une application locale d'une forte solution de persulfate de fer, et la malade prévenue qu'il fallait enlever sa tumeur de suite, mais elle refuse pensant qu'elle était trop faible pour supporter l'opération. Les hémorragies se répétèrent de temps en temps, à intervalle de quelques jours ou d'une semaine, et furent arrêtées avec le persulfate ; je lui répétais mes avis quant à l'ablation de la tumeur mais elle persista dans son refus. Dans une occasion, je vins avec mes instruments, mais elle refusa encore disant qu'elle était trop faible.

Les intervalles entre les attaques hémorragiques devenant de plus en plus courts, et devant la menace d'une terminaison fatale, la malade donna son consentement, et le 4 septembre, avec l'habile concours du Dr J. Fosker Jenkins, je procédai à l'opération. On ne pouvait faire grand fond sur la ligature ; je redoutai de me servir du bistouri ou des ciseaux, même si j'avais pu atteindre avec eux la base de la tumeur, ce qui était impossible.

Je m'étais donc muni d'un écraseur convenablement recourbé à son extrémité, et après quelques efforts, je réussis à placer la tumeur dans l'axe du fil en la poussant aussi profondément que possible avec mon doigt et je commençai à serrer doucement, mais la base du pédicule était tellement large et dure, que le fil se rompit, et, comme la section eut lieu près de la boucle, il fallut enlever l'instrument et ajuster un nouveau fil. En serrant de nouveau, après quelques tours, le second fil cassa, par bonheur près de la tige ; je l'arrangeai et nous continuâmes ; il cassa de nouveau. L'instrument fut enlevé de nouveau et j'y fixai un fil deux fois plus épais que le précédent. Il supporta la traction très bien pendant un instant mais à la fin il se rompit aussi et dut être noué.

L'accident se reproduisit quelquefois, jusqu'à ce que, par la fin, au moment où nous étions à bout d'ingéniosité, la tumeur fut sectionnée. L'opération se fit sans anesthésie, la patiente assise sur une chaise basse. Elle fut près de s'évanouir à différentes reprises ; des accès de suffocation interrompirent fréquemment la marche de l'opération, et l'entourage, découragé par nos fréquents mécomptes et l'aspect alarmant de la malade, se laissa persuader difficilement d'aller jusqu'au bout.

L'opération dura plus d'une heure et fut la plus difficile et la plus inquiétante qui me soit jamais échue. Je ne me sentis jamais plus soulagé que lorsque la tumeur fut enfin détachée et attirée hors de la bouche de la malade.

Une des causes de l'insuccès fut la construction défectueuse de mon instrument ; les bords de la fente par laquelle l'anse émergeait n'étant pas suffisamment adoucis et arrondis : ils usaient le fil lorsqu'il était tendu contre eux, et ils amenèrent ainsi au moins deux des ruptures.

C'est un détail sur lequel je porterai une soigneuse attention dans tout autre cas du même genre, et je pense qu'il serait bon, aussi, d'être muni d'un second instrument, tout armé, pour gagner du temps au cas où le fil casserait et où on serait obligé d'en appliquer un autre.

L'opération se fit sans une goutte de sang, et aucune hémorragie secondaire n'eut lieu. Vers la fin, la patiente se trouvait dans un extrême épuisement, on la mit au lit : on lui administra des stimulants diffusibles, et au moyen d'une

alimentation appropriée et des toniques, la malade guérit d'une façon étonnamment rapide et demeure parfaitement bien actuellement.

La tumeur était de la grosseur d'un œuf de poule de Bantam ; de forme parfaitement sphérique, avec un pédicule d'un pouce de diamètre ; il y avait quelques fissures étoilées sur la muqueuse dont elle était recouverte, lesquelles fissures étaient sans doute l'origine de l'hémorragie ; sa structure était celle d'un fibrome dur, et rappelait exactement, comme aussi les symptômes, les polypes bien connus de l'utérus.

OBSERVATION VIII

FITH J. H., de Francestown. — *The Amer. Jour. of med. sc. juil. 1872.*
Tumeur fibreuse de la langue.

Miss H., 30 ans, vint me consulter le 4^{er} mai pour un léger mal de gorge, suite de refroidissement. J'examinais le pharynx en déprimant la langue, quand je découvris, à la base de celle-ci, une tumeur de la taille d'une aveline. La malade ignorait absolument son existence, et elle serait peut être restée des mois encore dans cet état, sans le léger accident qui me l'avait amenée. Il n'y avait eu ni gêne, ni douleur, ni dyspnée ni dysphagie, ni hémorragie qui pût annoncer sa présence ; en un mot, jamais elle n'avait souffert du gosier, si ce n'est à la suite d'un refroidissement. La tumeur occupait exactement la ligne médiane, sur la base de la langue ; elle était située tellement en arrière qu'on éprouvait une certaine difficulté à passer le doigt derrière elle ; excessivement dure, incompressible et mobile, elle était sessile ou tout au moins, son pédicule, s'il existait, était assez large pour ne pouvoir remuer. L'examen, quoique pénible, n'était pas douloureux.

Je soignai la malade jusqu'en novembre où je l'envoyai à l'hôpital général de Massachussets pour y subir l'examen laryngoscopique et consulter sur l'opportunité d'une opération. La tumeur avait cependant peu à peu augmenté de volume, si bien qu'on la voyait remplir la presque totalité de l'isthme quand la malade ouvrait la bouche et tirait la langue et sans avoir recours à l'abaisseur.

Quant aux troubles fonctionnels, ils étaient si légers que l'inquiétude seule pouvait en être la cause.

Je l'accompagnai à Boston où on ne put la recevoir. Rien ne fut fait qu'un examen très superficiel auquel se livrèrent un chirurgien et le médecin résident, sans avancer du reste aucune opinion.

Ce fut en janvier 1870 seulement, qu'elle fut examinée et opérée par Bigelow. La tumeur fut enlevée en masse avec l'écraseur pendant le sommeil dû à l'inhalation d'éther. Elle était grosse alors comme un œuf de pigeon. Je n'étais pas présent à cette opération, mais j'appris qu'il n'y avait pas eu de perte de sang notable. La malade guérit promptement ; 3 à 4 semaines après, elle était de retour chez elle et vaquait à son ménage. La tumeur fut déclarée fibreuse, peut-être fibreuse récidivante ; mais jusqu'à présent il n'y a pas eu trace de repullulation. On n'essaya aucun traitement pour faire diminuer la tumeur ; quelque temps le sirop d'iodure de fer fut administré, mais sans succès.

OBSERVATION IX

BLANC (E.). — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, Paris, 1884, p. 614. — **Fibromyome de la langue.**

François M..., 34 ans, entre à l'hôpital le 16 novembre 1884. Pas d'antécédents héréditaires ; parents morts à l'âge de 40 ans d'affections pulmonaires aiguës. Une sœur morte à 18 ans de maladie inconnue ; deux frères bien portants ; cinq enfants, dont 4 sont morts, 2 du croup, 1 mort-né, l'autre à 8 mois. Bonne santé habituelle. Depuis l'âge de 14 ans il travaille dans les mines. A 19 ans, anémie des mineurs ; il dut alors quitter son travail et faire un séjour de 8 mois à l'Hôtel-Dieu. Complètement rétabli, il reprit un an après son travail de mineur, qu'il a continué jusqu'à ce jour. Depuis, santé excellente.

Il entre à l'hôpital pour une tumeur du pharynx sur le début de laquelle il ne peut nous donner aucun renseignement.

Depuis une dizaine d'années, les personnes qui l'entourent lui signalaient un timbre particulier de sa voix ; elle était rauque et nasonnée, caractère qu'on retrouve actuellement sans que le malade puisse dire s'il s'est accentué.

Pendant ces 10 dernières années, il ne se souvient pas de s'être jamais ressenti d'aucun malaise du côté du pharynx. Pas de symptômes de dyspnée ni de dysphagie, jamais d'hémorragie. Néanmoins, en interrogeant avec insistance le malade, on lui fait avouer certains symptômes assez vagues, et qui ne l'avaient jamais frappé. Ainsi il nous raconte que sa femme se plaignait fréquemment d'être réveillée la nuit par un ronflement exagéré. Parfois, se trouvant endormi dans le décubitus dorsal, il était brusquement éveillé avec une sensation très pénible de manquer d'air, et était obligé de se coucher sur le côté. Le malade accuse en outre depuis quelques temps une sensation très incommode de démangeaison dans le pharynx, occasionnant de petits accès de toux qui surviennent plus particulièrement le soir et la nuit, et sont de peu de durée.

Tous ces symptômes semblent s'être accentués peu à peu. Le malade ne se doutait nullement de leur cause, quand, il y a quelques jours, un étranger, frappé du timbre bizarre de sa voix, lui examina la gorge et lui révéla la présence d'une tumeur pour laquelle il lui conseilla de se rendre à l'hôpital.

A son entrée, M. Poncet constate dans le pharynx une tumeur d'un volume d'un gros œuf, piriforme, à base supérieure. Elle est médiane et verticale ; son extrémité atteint et refoule le voile du palais ; la luette est courbée par elle en forme d'arc à concavité antérieure.

Du bord droit de la paroi, on voit partir un repli muqueux, rappelant la disposition d'un ligament large, la reliant à l'amygdale. La tumeur paraît mobile en tous sens, surtout latéralement, mais dans des limites étroites ; située tout à fait à la base de la langue, elle permet le passage du doigt entre sa face postérieure et l'épiglotte ; on reconnaît ainsi qu'elle est complètement indépendante, mais fixée à l'organe par une large base d'implantation.

Dure, incompressible, elle est recouverte d'une muqueuse pourvue d'un fin réseau vasculaire. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Quelques jours après son entrée, M. Poncet procède à l'ablation de la tumeur attirée et maintenue au dehors par une anse de fil métallique passée au travers. A l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, il en excise successivement plusieurs fragments dont l'ensemble représente plus de la moitié du volume total. Hémorragie insignifiante, facilement arrêtée par des gargarismes avec de l'eau glacée. Les suites furent des plus simples. Le malade, notablement amélioré, voulut quitter l'hôpital quelques jours après l'opération.

L'examen microscopique, fait dans le laboratoire d'anatomie générale, montre qu'il s'agit d'un fibromyome avec prédominance du tissu fibreux ; les fibres cellulaires sont néanmoins en très notable quantité. Le 28 avril dernier, 5 mois après l'opération, le malade revient nous voir, complètement guéri. Il raconte que, notablement amélioré à sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 24 novembre, il put reprendre immédiatement son travail. Mais au bout de 3 jours, il survint brusquement une tuméfaction considérable du cou, accompagnée de douleurs internes dans le gosier. Ces symptômes durèrent une quinzaine de jours, pendant lesquels le malade, en proie à de vives souffrances et à une dyspnée des plus pénibles, dut garder un repos complet. A plusieurs reprises il s'écoula par la bouche un liquide sanieux, purulent, d'une odeur infecte, provenant évidemment de la tumeur enflammée.

Au quinzième jour, le malade, dans un effort de toux, expulsa une masse charnue, volumineuse, non pédiculée, gris noirâtre, rappelant, dit-on, « l'aspect d'un morceau de viande pourrie ». Ce bloc répandait une odeur insupportable. L'expulsion de la tumeur fut le signal d'une détente brusque dans les phénomènes inflammatoires. Depuis bientôt 5 mois, le malade n'éprouve plus aucune gêne, ni de la parole, ni de la respiration. Il parle comme tout le monde ; il travaille comme par le passé, sans fatigue ni essoufflement. En un mot, au point de vue fonctionnel, il paraît définitivement guéri. L'examen de l'état local ne fait, du reste, que confirmer ce pronostic ; il n'existe plus de traces de la tumeur ; on trouve seulement à la partie gauche du siège primitivement occupée par elle, un petit noyau cicatriciel.

Parmi les particularités les plus intéressantes de cette observation, nous ferons tout d'abord remarquer la lenteur avec laquelle s'est développée la tumeur, et surtout l'absence presque absolue de troubles fonctionnels. Voici un néoplasme qui obstrue à peu près complètement l'isthme du gosier. Le porteur en éprouve si peu de gêne et de douleur qu'il n'en soupçonne même pas l'existence. Il faut, croyons-nous, rechercher l'explication de ce fait dans l'absence d'un pédicule long et mince, permettant à la tumeur des mouvements étendus et un facile renversement en arrière, le danger venant surtout de ses rapports avec les voies aériennes supérieures. Peut-être pourrait-on faire jouer un rôle analogue aux replis muqueux que nous avons signalés à droite de la tumeur, et qui, reliant cette dernière à l'amygdale, la maintenait, semblable aux ligaments larges de l'utérus, dans la position verticale.

Sur ce point, évolution lente et bénignité des symptômes, notre cas rappelle exactement celui de Filth, mais diffère complètement de ceux de Pooley et de Gibb, marqués tous deux par de fréquents accès de suffocation auxquels s'ajoutaient, dans le premier cas, des hémorragies abondantes.

Il semble donc qu'on puisse déjà, et malgré le peu d'observations publiées, distinguer en deux grandes classes les tumeurs fibreuses de la base de la langue :

1° Tumeurs à évolution lente et s'accompagnant de troubles fonctionnels presque nuls.

2° Tumeurs à marche plus rapide, et présentant les symptômes graves qui imposent parfois une intervention hâtive.

En un mot, 1° fibromes bénins, 2° fibromes malins, soit que le danger vienne de la tumeur elle-même, comme dans le cas d'hémorragie, soit qu'il dépende uniquement des rapports que la tumeur affecte avec l'orifice supérieur des voies aériennes.

Nous devons en effet insister sur ce qu'a d'insolite la guérison si prompte et et en quelque sorte spontanée de notre malade. Les phénomènes inflammatoires qui l'ont immédiatement précédé nous semblent avoir joué dans l'expulsion de la tumeur un rôle capital, par l'étranglement qu'ils ont fait subir au tissu du néoplasme et le sphacèle qui s'en est suivi. Au point de vue de l'intervention chirurgicale, on ne saurait certainement compter sur un tel mode de guérison définitive ; il semble tout au moins que l'on ne doive point trop se préoccuper dans des cas analogues de l'ablation totale de la tumeur, ablation complète, du reste à peu près impossible, comme dans le cas présent, sans opération préliminaire, alors que la néoplasie occupe tout à fait en arrière la base de la langue avec une large implantation. Chez notre malade, la structure de la tumeur rappelle, dans son ensemble, ainsi que le faisait remarquer Poncet, celle des polypes naso-pharyngiens ; macroscopiquement, à la coupe, elle leur paraissait semblable et il est permis de se demander si ces tumeurs n'ont pas dans leur évolution d'autres points communs. Ne sait-on pas en effet, surtout depuis les observations de Gosselin et de Guérin, qu'assez souvent des fibromes naso-pharyngiens, enlevés complètement, ont plus tard disparu avec l'âge du sujet et des conditions nouvelles ?

Un dernier point sur lequel nous devons appeler l'attention est relatif à la structure de ce néoplasme ; l'examen microscopique qui a été fait au laboratoire de M. le Pr Renaut, a révélé l'existence de fibres musculaires ; il s'agit donc d'un fibro-myome, tumeur que nous croyons, d'après nos recherches, n'avoir jamais été signalée sur la langue.

OBSERVATION X

ALBERT. — *Wiener med. Presse*, 1885 (résumé dans du Fayet). — **Fibro-lipome de la langue.**

Albert décrit un fibro-lipome de la langue, ressemblant à un polype chez un homme de 46 ans. Cette tumeur, longue de 3 cm. 5, large de 3 centimètres, épaisse de 2 centimètres, très mobile, était fixée par un pédicule gros comme un tuyau de plume, à la partie postérieure du bord droit de la langue. Elle remplissait l'isthme du gosier. Il est très remarquable que cette tumeur ne causait aucune incommodité pendant la respiration, ni la déglutition. Elle fut enlevée au thermo-cautère. Elle se composait principalement de tissu fibreux.

OBSERVATION XI

ZAHN. — *Wiener-Deutsche Zeit. für Chir.*, 1885, p. 31 (trad. du Fayet). —
Tumeur mixte de la langue.

Le 26 février 1884, un de mes auditeurs m'apporta une langue humaine avec la mâchoire pour que je lui dise quelle était la nature de deux tumeurs siégeant à la partie postérieure du bord droit. La langue provenait d'un noyé d'origine inconnue, âgé de 35 à 40 ans. M. Droz avait eu la tête à préparer, et comme dans mes conférences j'avais parlé des tumeurs de la langue, il m'apportait celle-ci pour lui en indiquer la nature.

Après m'être assuré que ces 2 tumeurs siégeaient sous la muqueuse, dans la musculature de la langue, je partageai cet organe suivant son axe, en 2 moitiés égales. En dehors de l'ossification de l'une d'elles, je remarquai surtout leur aspect lardacé et me souvenant du cas de Ziegler, je pensai aussitôt que je pouvais avoir affaire à deux tumeurs amyloïdes. Pour cette raison je m'inquiétai aussitôt de retrouver les autres parties du cadavre, mais il se trouva, à mon grand regret, qu'à l'exception de la tête il avait déjà été enterré depuis plusieurs jours. Mon collègue, M. le Pr Laskowski et ses assistants, qui avaient vu les autres parties du cadavre plusieurs fois et les avaient examinées, m'assurèrent qu'il n'y avait aucune altération macroscopique, pas plus qu'on en pouvait voir sur les restes de la tête. Néanmoins je regrettai beaucoup de ne pouvoir les examiner moi-même, étant donné naturellement l'impossibilité de connaître les antécédents de l'individu.

La langue sentait quelque peu l'acide phénique, était brune, éraillée, molle et bien conservée, étant donné que le cadavre, comme tous ceux destinés aux préparations anatomiques, avait été conservé par le procédé de Laskowski. Je la plaçai dans de l'eau pure pendant un temps assez court, de façon à enlever la glycérine phéniquée, autant que possible, et à la gonfler jusqu'à ce qu'elle eut atteint sa grosseur normale. La langue avait après cela une longueur de 7 centimètres, une largeur de 5 centimètres, juste en avant des papilles caliciformes, et à ce même endroit une épaisseur de 15 millimètres.

La muqueuse de la langue et ce qui restait de la muqueuse pharyngienne, avaient du reste un aspect tout à fait normal : ni cicatrices, ni gonflement. À droite, en arrière, parallèlement à la branche du V lingual, et à une distance d'environ 5 millimètres de cette branche, se trouvait un épaississement d'environ 30 millimètres de longueur, partagé par un sillon droit en une partie plus grosse en arrière et plus petite en avant.

Quand on la touchait, on avait l'impression de 2 tumeurs en boule, rondes, enfermées sous la muqueuse. Elle les entourait de tout côté. Une incision conduite du milieu du bord de la langue les partagea en 2 moitiés. En menant cette incision, on reconnaissait que la plus grosse des deux, la tumeur postérieure, devait être calcifiée dans son centre, parce que le couteau rencontrait un obstacle dur, insurmontable... La tumeur antérieure, plus ronde que l'autre, avait un diamètre d'environ 15 millimètres ; la postérieure plus longue, mesurait 17 millimètres de longueur, 12 millimètres de largeur et 15 millimètres d'épaisseur. Toutes les deux étaient éloignées l'une de l'autre

de 3 millimètres, et, entre les deux, se trouvait un tissu rose pâle. Elles étaient assez nettement distinctes des tissus environnants, mais néanmoins on pouvait reconnaître que ceux-ci se continuaient directement dans leur épaisseur. La tumeur antérieure, la plus petite, se composait pour la plus grande partie d'un tissu translucide ayant l'apparence de la cire, et, en moindre portion, d'un tissu scléreux, blanchâtre, se présentant sous forme de bandes parallèles d'autant plus grosses qu'elles étaient plus centrales.

La tumeur postérieure présentait à sa périphérie une constitution semblable à celle de l'autre tumeur; mais, au centre, et cela jusque sous la muqueuse, se trouvait, au lieu du tissu scléreux, un noyau dur, jaunâtre, ressemblant à de la substance osseuse spongieuse, de forme presque ronde et de 8 millimètres de diamètre.

Nous préparâmes aussi bien que possible des coupes des 2 tumeurs et des tissus environnants. Aussitôt après, nous les colorâmes avec de l'iode et du violet d'iodure de méthyle et d'autres avec du picro-carmin.

Ensuite, nous mimés une partie de la grosse tumeur dans une solution à 5 pour 100 d'acide azotique pour la décalcifier et nous en préparâmes des coupes.

Examen microscopique. — Les 2 tumeurs se composaient de tissu qui avait en partie seulement subi la dégénérescence hyaline et amyloïde. La première était due en entier à un tissu de nouvelle formation, la seconde également, ainsi que de tissu préexistant (muqueuse, glandes, muscles, etc.). Les coupes montraient des faisceaux de tissu fibreux non dégénérés et de cellules rondes et en fuseau, de fibres musculaires, de faisceaux hyalins, et de sarcolemme ayant subi la dégénérescence amyloïde. Les tumeurs étaient donc constituées principalement par du tissu fibreux avec du tissu cartilagineux et osseux. Le tissu fibreux est presque en entier hyalin, distinctement dégénéré çà et là. A la périphérie, pas mal de cellules petites, rondes et en fuseau. Elles sont presque toutes brillantes, et on ne réussit pas à trouver un noyau partout. Au centre, des grains brillants comme des grains d'amidon, ne donnant pas la réaction de l'amidon, mais se colorant très fortement en rouge par le picro-carmin. A la périphérie, çà et là, des fibres musculaires dégénérées. Leur sarcolemme est très visible, épaissi çà et là, et donne la réaction de l'amidon.

Çà et là, en groupe, des restes de glande tout à fait normale; ou bien la membrane propre a subi la dégénérescence amyloïde. Les épithéliums sont, suivant la place, plus ou moins reconnaissables. Dans les lobules glandulaires, des gouttelettes hyalines plus ou moins nombreuses, ne donnant pas la réaction de l'amidon que donne fort bien la membrane propre.

Les glandes elles-mêmes sont peu altérées, entourées d'un tissu fibreux très riche jusque dans les faisceaux musculaires. On le retrouve moins abondant entre les lobules glandulaires; çà et là des cellules grasses.

Les faisceaux nerveux sont absolument intacts. Vers le centre de la tumeur, on trouve des anneaux épais, à la lumière petite. Ce ne sont pas des sarcolemmes, ils ont tout à fait l'impression des vaisseaux coupés en travers, mais ne contiennent ni faisceaux ni pigment. On les voit surtout là où les dégénérescences hyaline et amyloïde sont fortes. A la périphérie de la tumeur, vaisseaux très développés et pleins. Autour d'eux, le tissu fibreux est très développé; pas de dégénérescence d'aucune sorte.

Dans la plus grosse tumeur, on trouve çà et là des noyaux cartilagineux

ayant l'aspect du cartilage normal. Pas de limite tranchée entre le tissu cartilagineux et le tissu fibreux environnant. Limite très tranchée, au contraire, entre le tissu fibreux et le tissu osseux. Il n'y a pas de trace de tissu osseux dans le cartilage, et vice versa.

Les cellules osseuses n'offrent rien de particulier, mais dans l'os comme dans le cartilage, de petits groupes de cellules en fuseau, absolument homogènes, et donnant la réaction amyloïde. Dans les espaces médullaires, petites cellules de moelle osseuse intactes, avec quelques cellules graisseuses et un petit nombre de grains d'amidon. Les vaisseaux qui courent à l'intérieur sont absolument intacts.

Dans le tissu de la langue environnant les 2 tumeurs, absolument aucune modification à noter.

OBSERVATION XII

HAYNES. — N. Y., M. J., 1886, XLIII, page 693. — **Tumeur fibreuse de la langue.**

Le malade était un Allemand qui, lorsque je le vis pour la première fois, était âgé de 39 ans. Il était atteint à ce moment d'une hémiplegie qu'on croyait d'origine spécifique, bien qu'il racontât avoir eu la maladie de Bright et que les antisypilitiques à doses énergiques ne l'eussent pas amélioré. Un peu moins d'un an avant que je l'eusse vu, il sentit dans sa langue une induration au niveau de la tumeur actuelle. Avec le temps, cette portion indurée augmenta de surface, fit saillie sur le dos de l'organe et finalement se pédiculisait, sa présence déterminant des troubles de l'élocution, de la mastication, de la motilité de la langue et parfois des hémorragies.

Au moment où je l'observais pour la première fois, on trouvait sur la portion dorsale, du côté gauche de la langue, à un pouce environ de la pointe, une tumeur pédiculisée avec un col court. Elle était environ de la grandeur d'un gros pois, sa surface était lisse et brillante et était de la même couleur que le reste de la langue. Elle était dure à la pression et douloureuse. Quatre mois après elle était de la grosseur d'un œuf de pigeon et il était survenu des hémorragies abondantes. Son aspect d'ailleurs était demeuré le même.

Pendant cet intervalle le malade avait été soumis au traitement antisypilitique poussé jusqu'à l'intolérance. Il n'y avait pas d'induration sur aucun autre point de la langue, ni d'engorgement ganglionnaire. Le patient, désirant être débarrassé de cette gêne, je soulevais la tumeur avec un ténaculum, isolais le pédicule à coups de ciseaux et arrêtais au thermo-cautère une hémorragie profuse provenant d'une simple artère située au niveau de la surface d'implantation du pédicule.

La pièce fut examinée par le Pr Stimson qui la trouva composée d'éléments normaux de la glande et d'une grande quantité de tissu conjonctif.

Je me suis assuré qu'il n'y a pas eu depuis de récurrence, l'organe paraissant sain et fonctionnant parfaitement.

OBSERVATION XIII

PONCET. — *Lyon méd.*, 1888, t. I, p. 131. — **Fibro-lipome de la langue.**

Il s'agit d'une malade entrée dans le service de M. Poncet à la Croix-Rousse le 13 novembre 1879. Elle était âgée de 62 ans. Depuis 3 ans, cette malade était porteur d'un carcinome du sein droit. Le processus néoplasique s'était propagé aux ganglions axillaires et sus-claviculaires correspondants. En outre, la malade présentait une tumeur située sur la face dorsale de la langue, à peu près vers la partie moyenne de l'organe.

Cette tumeur, non pédiculée, présentait l'aspect d'une langue surnuméraire. Elle n'avait jamais été, par sa présence, la cause d'aucune gêne de la respiration, de la mastication, de la déglutition, ni de l'articulation des sons.

La malade affirma très nettement qu'elle portait cette tumeur depuis sa naissance.

Quelques jours après, le 27 novembre, la malade mourait, et voici les résultats fournis par l'autopsie.

A la face dorsale de la langue, sur le milieu du V lingual, la tumeur, du volume d'un gros œuf de pigeon, offrait une forme assez régulièrement arrondie, et une coloration jaunâtre, rosée en certains endroits, due à la présence de petits vaisseaux. Elle était assez molle, et certains points donnaient la sensation d'une fausse fluctuation. Enfin immobilité complète de la tumeur, qui semblait se continuer avec les tissus profonds, et, d'autre part, avec la muqueuse linguale. Celle-ci présentait ses caractères normaux et n'était nullement altérée; elle formait en avant un repli assez analogue à un petit frein, rattachant la tumeur à la face dorsale de la langue.

Sur une coupe verticale, on voyait que le néoplasme s'était développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux; il était adhérent à la muqueuse et au tissu musculaire sous-jacent. La partie centrale de la tumeur était constituée par un gros lobule graisseux environné d'un tissu fibroïde, jaunâtre, assez dense.

L'examen histologique a été d'accord avec la clinique. La tumeur, sur des coupes faites après durcissement convenable et colorée au carmin, a montré :

1° une tumeur fibreuse disposée en faisceaux et en travées assez denses, renfermant une très faible quantité d'éléments cellulaires et circonscrivant par leurs anastomoses des îlots à contours arrondis ayant des dimensions très variables;

2° chacun des îlots est rempli par une masse de cellules adipeuses pourvues de leur capsule propre, toutes accolées les unes aux autres, et comme déformées par leur pression réciproque. De rares vaisseaux se distribuent à la tumeur en suivant les travées fibreuses.

OBSERVATION XIV

BERGMANN. — *Berlin, Klin. Woch.*, 18 juin 1888 (résumé). — **Fibrome lobulé de la langue.**

Tumeur d'espèce rare et de volume insolite observée chez un homme de 59 ans et située à la base de la langue. L'opération a révélé la présence dans

les muscles linguaux d'un fibrome lobule, dépassant le volume d'un œuf d'oie. Une simple incision au niveau de la ligne médiane du dos de la langue ne suffit pas pour enlever la tumeur très adhérente au septum; il fallut pratiquer une deuxième incision au niveau de la région sus-hyoïdienne. Les fibres musculaires durent être isolées patiemment de la tumeur à coups de bistouri.

OBSERVATION XV

BERGMANN. — *Deutsch med. Woch.*, 1889, n° 23, p. 457. — **Tumeur fibreuse de la langue.**

Homme de 59 ans, toujours bien portant, a remarqué à la partie moyenne du dos de la langue, il y a 20 ans, une tumeur grosse comme un pois; depuis 2 ans seulement, elle a augmenté de volume; depuis 1 an, une seconde tumeur s'est développée à côté de la première. Le malade finit par éprouver des troubles de la phonation et de la déglutition.

L'une des tumeurs a le volume d'une noix, l'autre d'une cerise; elles sont indolentes, peu mobiles. Pour les enlever, Bergmann est obligé d'abord d'enlever la face supérieure de la langue, puis de faire une incision à la peau dans la région sus-hyoïdienne. Il éprouve de grandes difficultés dans la dissection des tumeurs qui sont unies intimement au tissu musculaire. Guérison en 3 semaines.

OBSERVATION XVI

LACAZE. — Interne des hôpitaux. Bordeaux, 1894. — **Fibrome de la langue.**

G..., 40 ans, marchand ambulant, se présente à la consultation externe le 2 mai 1891 pour une affection de la langue. Porte depuis 20 ans sur la portion moyenne du bord latéral gauche de la langue une petite tumeur, du volume d'un pois, dont il s'aperçut par hasard à cette époque. Elle n'avait pas augmenté depuis et ne le gênait nullement. Il y a un mois la tumeur grossit et doubla de volume. Cet accroissement est survenu à la suite de la carie de l'une des molaires avec lesquelles la tumeur était en contact.

Actuellement, on constate une tumeur du volume et de la forme d'un pois, unie à la langue par un pédicule court et gros; elle est de couleur rosée, ferme, dure, non fluctuante ni transparente. La muqueuse environnante paraît complètement saine. Rien autre à la langue qui paraît entièrement saine.

Elle présente, sur son bord libre, une petite ulcération dentaire récente d'où il résulte une gêne momentanée de l'alimentation.

Le malade promet de venir se faire opérer le 14 mai. Il ne se présenta pas ce jour-là, et, revenu un mois après, il déclara qu'ayant fait arracher sa dent, la tumeur avait repris sa grosseur d'autrefois et son indolence habituelle et qu'il se refusait à toute intervention.

OBSERVATION XVII

M^WWEENEY. — *Dublin, Journ. of Med. sc.*, 1895, p. 457 (trad. inédite). —
Fibro-myxome de la langue.

Le Dr M^WWerney présenta un exemple de tumeur encapsulée, translucide, jaunâtre, de la grosseur d'une noisette, enlevée par M. Chance « a Mater-Misericordiae Hospital » sur la langue d'un homme âgé de 23 ans, exerçant par intervalles la profession de boxeur. Pas de syphilis, ni congénitale ni acquise. Une surélévation a été vue pendant quelque temps sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, et à un pouce environ de la pointe. La tumeur devint pédiculée, tout en restant en même temps absolument libre d'adhérences avec le tissu environnant. L'examen histologique fait après fixation au « Foas Reagent », prouva que c'était un fibrome avec, çà et là, une assez grande quantité de tissu délicat ou d'éléments faiblement fibrillaires, pour mériter le nom de myxome. Au milieu, il y avait de grands espaces lacunaires emplis de corpuscules rouge sang et de matières albumineuses coagulées. Il y avait évidemment des espaces lymphatiques dilatés dans lesquels l'hémorragie s'était produite. Dans le voisinage des autres endroits où avaient eu lieu les hémorragies, on voyait de nombreuses cellules chargées de pigments jaunes, ainsi que des noyaux et pigments extra-cellulaires. La plupart des noyaux de cette tumeur étaient en forme de fuseaux, quelques-uns avaient un contour très irrégulier, mais il y avait, çà et là, des morceaux de cellules épithéliales avec des noyaux vésiculaires. Il n'y avait pas de mitoses. On fit mention de la rareté des fibro-myxomes siégeant à la langue.

OBSERVATION XVIII

CHAVANNAZ ET SABRAZÈS. — *La Province Méd.*, 12 octobre 1907.
Fibrome mou de la langue.

M^{me} D..., âgée de 57 ans, se présente à nous le 10 janvier 1907. Dans ses antécédents on note des troubles névropathiques très variés, des phénomènes intermittents de syncope et d'asphyxie locale des extrémités. Elle a des ptoses viscérales multiples, en particulier le rein droit est très abaissé. Cette femme est veuve et n'a jamais eu de grossesse. Ses antécédents familiaux sont muets en ce qui concerne les néoplasmes. Il y a 25 ans, à l'époque où elle avait de fréquentes crises nerveuses, de caractère hystérique, selon toute probabilité, crises qui ne se sont manifestées depuis qu'à l'occasion des chocs émotionnels, il arrivait parfois à M^{me} D... de se mordre la langue au moment où elle tombait et roulait sur le sol. Un jour, elle se mordit ainsi très fortement la pointe de la langue et saigna abondamment. Peu de temps après, sur le point mordu, apparut une petite tumeur qui s'est accrue lentement, atteignant enfin le volume d'un petit haricot. Depuis quelques années, ce volume est resté invariable. La tumeur a une surface rosée, un peu plus pâle que le reste de la langue, elle est étranglée à sa base et elle est supportée par un pédicule très court, au

moins en apparence, car il s'allonge de un à deux millimètres sous l'influence de tractions légères. Le pédicule ne s'infiltre pas dans le parenchyme lingual, il est bien limité et mesure 4 à 5 millimètres de diamètre.

Le néoplasme siège sur la face dorsale de la langue, exactement sur la ligne médiane et tout près de la pointe de l'organe. Il a une consistance molle comme celle d'un molluscum.

La tumeur est indolore, elle n'a jamais été le siège d'ulcérations ni d'écoulements sanguins. Dans la région sous-angulaire de la mâchoire inférieure, du côté gauche, existe une petite tumeur intradermique de la grosseur d'un pois et de consistance fibreuse.

L'examen des viscères, sauf les ptoses déjà signalées, ne montre rien de saillant. La syphilis et la tuberculose sont hors de cause.

La tumeur linguale est extirpée d'un coup de ciseaux. La malade ressent une vive douleur au moment de cette petite opération. La surface de section saigne assez abondamment pendant un quart d'heure. Un badigeonnage à l'adrénaline arrête assez facilement cet écoulement sanguin. Pendant les 3 premiers jours il persiste une assez vive douleur. Quinze jours après la malade a encore la sensation de porter la tumeur, il y a là quelque chose d'analogue aux illusions des amputés.

L'examen histologique est fait, après fixation par le formol à 10 pour 100 et colorations diverses (hématoxyline, Van Gieson, picro-carmin, fuchsiline, éosine, bleu de méthylène).

La tumeur a un contour sinueux, elle s'étale en chapeau de champignon, montée sur un pédicule très court, de 3 millimètres de diamètre. Elle est revêtue en totalité par un épithélium pavimenteux stratifié, se continuant le long du pédicule avec l'épithélium de la langue. Cet épithélium de revêtement n'a pas la même épaisseur partout. A la partie culminante de la tumeur, par exemple, il mesure plus de huit dixièmes de millimètre, et dans les parties juxta-linguales, seulement 25 centièmes de millimètre. Le corps muqueux, et particulièrement les prolongements Malpighiens sont de formes et de dimensions variables; l'hyperacanthose s'accuse plus ou moins, suivant les points. La couche granuleuse est peu marquée. On note par places un peu d'hyperkératose avec fissures et légère exfoliation des cellules cornées qui sont, dans les couches superficielles, dépourvues de noyaux. Pas d'immigration leucocytaire dans le revêtement épithélial.

Les papilles présentent les mêmes variétés de forme que les prolongements Malpighiens. Elles sont formées, comme la tumeur elle-même, par un tissu conjonctif adulte, à gros faisceaux onduleux, sans orientation radiale à partir du pédicule. Les fibres ont une tendance à s'améliorer autour des paquets vasculo-nerveux et à laisser entre elles des fentes et des clivages; l'élément élastique n'est représenté que par des fibrilles grêles contrastant avec le gros calibre des fibres conjonctives. Les fibroblastes sont clairsemés; des matzellens assez nombreux parsèment les coupes; pas d'éosinophiles ni de plasmatzellens.

Cette tumeur contient de rares lymphatiques. Elle est largement irriguée dans toute sa trame par des vaisseaux sanguins ne mesurant pas moins de 15 à 200 μ . Dans un même bloc fibreux on trouve une artériole, une veinule, et, fait intéressant, un ou deux filets nerveux; il existe 3 ou 4 blocs semblables dans les coupes. Dans une artériole nous avons vu un thrombus organisé. Ces

constatations permettent de comprendre pourquoi cette tumeur était douloureuse quand la malade la mordait. Il n'est pas étonnant que l'opération ait été suivie d'un écoulement sanguin assez important et prolongé. On s'explique aussi, grâce à la présence des nerfs, les illusions de tumeur fantôme après ablation.

OBSERVATION XIX

CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — *Loc. cit.* — **Fibrome mou, hémorragique de la langue.**

Homme de 22 ans, bien portant, boucher. Il jouit d'une excellente santé, et vient consulter pour une petite tumeur qu'il porte depuis quelques mois à la face inférieure de la portion libre de la langue. Cette tumeur a une coloration rosée, elle n'est le siège d'aucune ulcération. Du volume d'un petit pois, elle est largement pédiculée, et est placée à un centimètre environ de la pointe de la langue, un peu à droite de la ligne médiane, sur la face inférieure de l'organe. Sa consistance est molle. La tumeur est extirpée d'un coup de thermo-cautère. L'écoulement sanguin est nul. La guérison est rapidement obtenue.

L'examen microscopique donne les résultats suivants :

Il existe un épithélium de revêtement continu, mais très mince, au point culminant de la production où il mesure à peine un tiers de millimètre. Ce revêtement est d'autant plus kératosique qu'on se rapproche de la convexité. Cela fait un contraste entre l'épaisseur de la couche cornée sans noyaux et l'épaisseur de la couche sous-jacente qui, elle, est partout égale.

Au point culminant, les ondulations papillaires sont minimes, mais latéralement des bourgeons plongent profondément dans la tumeur. Ces bourgeons vont se ramifiant, et ont une sorte d'aspect palmé, dans la profondeur. On en trouve 2 semblables, symétriques, sur les côtés du point culminant. Ils sont constitués par des cellules à prolongements épineux, et en un point on voit une petite ébauche de globe corné, mais il n'y a pas de morcellement, ni de libération des rameaux hors des bourgeons qui les supportent. A la base de cette production, on trouve une épaisseur à peu près normale de muqueuses à papilles régulières et longues.

La surface est un peu onduluse. Les cellules cornées sont minces et forment à peine un petit liséré. La charpente même de la tumeur est constituée par un tissu conjonctif à fines fibrilles, farci de fines cellules, nombreux fibroblastes, cellules lymphocytiques. Ce tissu est entrecoupé d'espaces œdémateux à plasma coagulé contenant d'assez nombreux leucocytes polynucléés, des lymphocytes, de rares éosinophiles polynucléés et de très grandes cellules spongiocytiques qui paraissent être des cellules endothéliales multipliées, desquamées, dans l'infiltration séreuse.

Ce tissu s'épaissit, tantôt en blocs fibreux anastomosés, tantôt est creusé de lacs remplis de cellules que nous venons d'envisager.

Beaucoup de cellules à protoplasma spongieux peuvent être, bi, tri, multi-nucléées. Il n'y a pas de matzellens dans cette production. Les espaces clairs œdémateux sont très vastes au point culminant de la tumeur. Pas d'îlots

muqueux ou de kystes muqueux. Rares cellules du type plasmatique à la base de la tumeur. Dans quelques-uns des espaces clairs œdémateux, on trouve des reliquats de sang épanché. Le pédicule de la tumeur est fibromateux avec quelques matzelliens. On y trouve quelques blocs morcelés, polychromatiques et même basophiles de fibres musculaires striées, dont ne persiste qu'une vague striation longitudinale. Le sarcoplasme prédominant envahit les fibres. Les tronçons peuvent être réduits à des amas de grumeaux basophiles. Pas de microbes dans les coupes.

En somme, fibrome mou, œdémateux, hémorragique, tendant à se faire jour à travers la muqueuse sans avoir réussi encore à la défoncer.

OBSERVATION XX

CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — *Loc. cit.* — **Fibrome dur de la langue.**

Anna C..., 65 ans, nous est adressée par notre confrère le Dr J. Vergely. Le père de la malade est mort d'un épithélioma de la paupière récidivé après opération. Il était atteint d'un tremblement qu'on retrouve chez sa fille. La mère est morte après être restée 6 mois paraplégique.

Anna C... a un frère et une sœur très nerveux et trembleurs.

La malade est une femme plutôt maigre, ayant pourtant conservé ses forces, et ayant des organes ne présentant pas de troubles fonctionnels. Elle offre un tremblement sur lequel nous n'avons pas à insister ici, et ayant les caractères d'un tremblement héréditaire familial, s'accusant dans le sens du tremblement sénile. Anna C... a eu la scarlatine à 21 ans. Elle a été atteinte, à 23 ans, d'une gingivite grave. Il ne reste que 6 dents actuellement. La malade a eu une seule grossesse.

Il y a 8 ans environ que, sans causes connues, est apparue une petite tumeur de la langue. Cette tumeur s'est développée lentement, pour atteindre le volume d'un petit pois.

La tumeur siège à l'extrémité libre de la langue, presque à la pointe, cependant un peu à droite de la ligne médiane, et plutôt vers la face supérieure de l'organe. Cette tumeur est le siège de picotements; pour les calmer, la malade a pris l'habitude de mordre légèrement la néo-formation. Toute la langue est un peu hyperesthésique, elle est rouge vif. Jamais d'hémorragie. Le 28 novembre 1906, ablation au thermo-cautère. L'écoulement sanguin est insignifiant, la guérison est rapidement obtenue.

La tumeur est constituée par du tissu fibreux, dense, mesurant 3 à 4 millimètres de diamètre, pauvre en cellules, traversé par quelques vaisseaux très inégalement répartis, très rares dans une région où le tissu devient lamelleux, plus nombreux au pôle opposé, où ils peuvent être assez rapprochés les uns des autres. Ce sont des artérioles et des veinules avec quelques vaisseaux lymphatiques.

On trouve aussi dans cette partie fibromateuse de la tumeur, de nombreux filets nerveux, parfois considérablement déformés. Dans ce tissu fibreux on trouve quelques cellules conjonctives et de très rares matzelliens. Ce bloc fibreux, sans mélange de fibres musculaires, est flanqué latéralement de deux épaissements kératosiques de la muqueuse linguale, véritable carapace

cornée, s'écaillant, à lamelles dépourvues de noyaux. Cette hyperkeratose est supportée par un stratum lucidum plus ou moins épaissi. La couche granuleuse est çà et là assez bien marquée, sans être démesurément épaissie ; les autres couches, en particulier la couche épineuse, sont d'épaisseur très inégale. Le corps muqueux de Malpighi est peu développé.

Cette muqueuse présente de nombreuses ondulations. Elle est pénétrée de nombreuses papilles ayant même densité fibreuse que le corps de la tumeur. On trouve beaucoup de leucocytes polymucléés à noyaux désorganisés, immigrés dans le revêtement épithélial, sans que le processus de kératinisation soit très modifié. Il n'est pas rare de trouver de la kératinisation au-dessous de la couche granuleuse. Les squames leucoplasiques présentent une basophilie considérable, quand on les met en présence de l'éosine et du bleu de méthylène. L'épaisseur du revêtement kératosique est d'un demi à un millimètre. Les couches cornées sont élevées, fissurées. Ce revêtement épidermique est interrompu aux extrémités de la tumeur, qui a une forme quadrangulaire. Deux de ses côtés sont kératosiques, et deux autres fibromateux. Le fibrome, bien limité par sa convexité et sa superficie, se trouve bordé par du tissu lamelleux.

En somme, sous la poussée fibromateuse, la muqueuse a cédé et le fibrome est venu faire hernie au delà de la brèche, sur les bords de laquelle un épaississement hyperkératosique s'est constitué.

OBSERVATION XXI

CHAVANNAZ et SABRAZES. — *Loc. cit.* — **Fibro-chondrome de la langue.**

Le nommé Auguste X..., 40 ans, entre le 42 juillet 1907 dans le service de l'un de nous.

Le père du malade est mort de paralysie à 68 ans. La mère est vivante. Une sœur bien portante.

Auguste X... a eu une rougeole très légère au régiment ; il ne tousse ni ne crache. Il vient à l'hôpital pour des accidents d'appendicite à répétition. Au cours de notre examen, nous constatons sur la face supérieure de la langue, à un centimètre environ de la pointe, et un peu à droite de la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'un grain de chènevis, péculé, non ulcéré, de couleur rosée, ne tranchant sur le reste de la langue que par la saillie qu'elle constitue. La muqueuse linguale, au niveau de la région sur laquelle s'implante la tumeur, présente une légère ulcération, visible surtout quand on tire légèrement sur le fibrome.

Interrogé spécialement sur sa tumeur linguale, Auguste X... nous apprend qu'il y a 2 ans, en passant la langue entre les dents, il a constaté le début du mal. La petite masse était douloureuse à la pression. Elle aurait disparu, au dire du malade, puis serait revenue 2 mois plus tard, et aurait persisté depuis, restant toujours un peu douloureuse à la pression.

La tumeur est extirpée d'un coup de ciseaux, le 16 juillet ; l'écoulement sanguin est insignifiant, et, 3 jours plus tard, on ne reconnaissait même pas le point où siégeait la néo-formation. L'examen histologique est pratiqué et donne les résultats suivants :

La tumeur a le volume d'une lentille. Son plus grand diamètre atteint 3 mm. 8.

Elle s'implantait par un pédicule très court, large de 2 mm. 5, sur la face dorsale de la langue. Elle a la forme générale d'un chapeau de champignon. Tout son pourtour, sauf au niveau du pédicule, est revêtu d'épithélium pavimenteux stratifié. La bordure épithéliale n'est pas homogène ; les prolongements malpighiens plongent à des profondeurs qui varient du simple au triple, et qui peuvent atteindre 331 μ . La couche basale montre de rares cellules en karyokynèse ; on voit aussi quelques mitoses dans les stratifications de cellules épineuses. Au point culminant de la tumeur on note de l'hyperkératose ; de même latéralement, et des 2 côtés, bombent 2 petites verrucosités cornées. Aux épaisissements cornés correspondent des épaisissements des couches granuleuses. Le revêtement épithélial forme une bordure légèrement onduleuse sans hérissément. Les cellules cornées sont toutes nucléées et ont une tendance à s'exfolier. A proximité de la base, quelques éléments cellulaires, du type lymphocytoïde, ont émigré dans l'interstice des cellules du corps muqueux de Malpighi, et s'y sont développés en s'allongeant et en se rapprochant, au point de vue morphologique, du type fibroblaste. Les papilles ont des dimensions en rapport avec celles des prolongements Malpighiens ; leur épaisseur oscille de 80 à 160 μ , leur longueur de 160 à 400 μ ; la tumeur mesure 2 millimètres en profondeur. Elle est constituée par une charpente fibreuse, à gros faisceaux serrés, entrelacés, doublés d'un réseau élastique. Ce fibrome est plus dense et plus dur à sa base ; les fibres conjonctives s'élèvent en convergeant, du pédicule vers le centre de la tumeur, côtoyées par des grosses fibres élastiques. Les faisceaux fibreux s'amincissent un peu vers la convexité, ainsi que les fibres élastiques, et limitent des fentes plus larges. Les fibroblastes grêles, longs et rares dans le pédicule, sont plus abondants autour des vaisseaux ; ils ont des expansions protoplasmiques plus exubérantes dans la sphère papillaire. Il est des points très limités où il se forme, dans une coque à double contour, en cellules cartilagineuses.

Cà et là, quelques cellules lymphocytoïdes, et des mastzellens plus nombreuses, s'ajoutent aux fibroblastes.

A 80 ou 150 μ au-dessus de la base d'insertion, on trouve un véritable pédicule vasculo-nerveux composé de 2 artérioles, et de 2 veinules de 15 à 30 μ de diamètre et de 4 filets nerveux de 32 à 70 μ .

En résumé, ce fibrome, richement vascularisé et innervé, présente une tendance chondromateuse à peine accusée.

OBSERVATION XXII

CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — *Loc. cit.* — **Fibrome de la langue.**

P..., âgée de 47 ans, se présente à nous le 22 juin 1903 à l'hôpital Saint-André ; elle est atteinte, depuis un an, de tuberculose pulmonaire et présente des lésions avancées.

Cette femme a sur le bord droit de la langue, un peu sur la face dorsale à 3 centimètres en arrière de la pointe, une saillie en bouton, sessile, ayant l'aspect d'une calotte de sphère, proéminent de 2 millimètres environ et large de 5 à 6 millimètres.

Sa surface est lisse, rose pâle, sa consistance fibreuse ; son point d'implanta-

tion ne s'infiltré pas dans le voisinage, il est au contraire bien délimité. La langue ne présente pas d'autre particularité. Cette petite tumeur, au dire de la malade, s'est développée dans les conditions suivantes : elle rêvait que son père se tirait un coup de revolver pour se suicider ; elle s'éveilla eu sursaut, en plein cauchemar, la bouche inondée de sang ; elle avait une morsure juste au niveau du point où peu à peu s'est développée la grosseur. En regard de la morsure, se trouvait une dent cariée qui était tombée sur ces entrefaites ; aussi la tumeur linguale n'occasionna-t-elle pas beaucoup de gêne ; elle se loge dans le vide laissé par la dent ; elle n'est pas douloureuse et n'est pas exposée aux morsures.

Quand on explore avec précaution la sensibilité de la tumeur, on constate que ni le contact, ni la piqure, ni le froid, ni le chaud, n'y sont perçus ; aussi semble-t-il à la malade, n'éprouvant aucune gêne, qu'elle n'a là rien d'anormal.

OBSERVATION XXIII.

CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — *Loc. cit.* — **Fibrome de la langue.**

J. L..., âgé de 54 ans, entre dans le service de l'un de nous le 14 janvier 1906 pour un érysipèle de la face, et sort guéri le 10 février 1906. C'est un alcoolique qui a un rétrécissement urétral et des poussées phlegmoneuses du côté des jambes. Il n'aurait pas eu la syphilis. Il fume peu. Il a de l'albumine dans les urines (2 gr. 50 pendant l'érysipèle, 0 gr. 50 en temps ordinaire) et a eu d'une façon passagère de l'urobilinurie.

Cet homme a sur le bord gauche de la langue, sur la face dorsale, et depuis 7 à 8 ans, une saillie de la grosseur d'un petit pois, de teinte rose, un peu plus pâle que celle de la langue, de consistance d'un fibrome assez dur, sessile. Cette tumeur s'est développée en un point mordu accidentellement ; il éprouva une douleur vive, et quelques jours après, cette production se développait.

Elle siège à 2 centimètres en arrière de la pointe. Elle est nettement délimitée du parenchyme lingual d'ailleurs normal.

La tumeur donne tout à fait l'impression d'un fibrome. Il n'en existe pas d'autres sur les téguments.

OBSERVATION XXIV

PETGES. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1940, XL, p. 582. — **Fibrome fasciculé de la langue.**

Les fibromes de la langue sont d'observation peu commune ; nous en avons récemment observé un cas à notre consultation de la clinique Pasteur, avec notre excellent confrère, M. le Dr Fromaget.

Il s'agit d'une jeune femme, âgée de 28 ans, ne présentant aucun trouble de la santé générale. Depuis quelques semaines elle a remarqué une grosseur sur sa langue. Le 7 février 1940 nous notons sur le milieu du dos de la langue, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur de forme générale cylindrique, un peu aplatie, « en rivet arrondi » sur sa face libre, ne provoquant

aucun trouble fonctionnel, indolore spontanément et à la pression, de 1 centimètre et demi de hauteur et de 1 centimètre de diamètre environ, de consistance dure, uniforme, à limites nettes. Sa face libre est légèrement exulcérée par place, sa circonférence est unie, lisse et entourée en partie par la muqueuse linguale à travers laquelle elle passe par un orifice arrondi et net, à peine adhérent.

La tumeur extra muqueuse n'est que le prolongement d'une tumeur plus grosse, directement sous-muqueuse à sa partie moyenne, profondément implantée dans l'épaisseur de la langue. Elle a donc vaguement la forme d'un sablier ; l'ensemble forme une masse nette, sans empatement circonvoisin, paraissant plus volumineux qu'une grosse noisette.

Divers diagnostics peuvent être discutés. Un chancre induré ? L'absence de ganglions sous-maxillaires, sous-mentaux, d'ulcération de la tumeur, la netteté de ses limites écartent cette hypothèse.

Une gomme crue ? L'absence de tout antécédent, de tout stigmate, la limitation de la masse, ne sont pas en sa faveur ; néanmoins un traitement mixte est prescrit et ne donne aucun résultat 30 jours après.

L'âge de la patiente, l'évolution lente de l'affection, l'absence d'ulcération, ne permettent pas de s'arrêter à un épithélioma.

Un abcès, un kyste, s'accordent mal avec les signes de cette tumeur solide, ferme. Il s'agit peut-être d'un sarcome, mais plus probablement d'une tumeur bénigne ; papillome, lipome ou fibrome.

M. le Pr agrégé Bégouin enlève la tumeur le 14 février, sans difficulté, après incision ovale de la muqueuse ; la traction avec les pinces, et quelques coups de ciseaux libèrent facilement la petite masse, qui est enkystée dans une cavité bien limitée ; peu d'hémorragie, que les sutures arrêtent ; guérison « per primam ».

Macroscopiquement la tumeur a la forme d'un sablier ; elle est étranglée en son milieu par la muqueuse linguale ; elle est un peu plus grosse qu'une noisette, ferme, nettement limitée, arrondie. A la coupe apparaissent plusieurs lobules de couleur et de consistance différentes, les uns fermes et blancs nacrés, les autres mous et jaunâtres. Après fixation à l'alcool et inclusion à la paraffine, nous avons fait l'examen de la pièce ; les préparations sont caractéristiques : il s'agit d'un fibrome.

L'aspect des préparations diffère selon que l'on examine la partie libre, la partie profonde ou la partie moyenne ; celle-ci est engainée par la muqueuse linguale, d'aspect normal caractéristique ; celles-là sont entourées d'une membrane de fibres conjonctives adultes, formant un tissu dense, parsemé de nombreux noyaux bien colorés. Dans cette paroi membraneuse existent des lobules nombreux, visibles à un faible grossissement ; chacun d'eux est encerclé d'un réseau conjonctif plus dense que dans la région centrale. L'intérieur de ces lobules est formé de fibres conjonctives, avec gros noyaux bien colorés peu nombreux, sans fibres élastiques ni glandes ; certains lobules sont plus denses, leurs fibres sont tassées, peu colorées, en forme de tourbillons finement dessinés ; d'autres présentent un aspect plus lâche, avec noyaux rares et de plus grosses fibres.

On ne voit ni formations kystiques, ni masses épithéliales, ni cellules embryonnaires. L'irrigation vasculaire de ces lobules est discrète, un peu plus abondante sur les bords de la tumeur où les vaisseaux ont une paroi nette,

landis qu'ils sont plus rares au centre, où leur paroi est plus mince et se réduit parfois à un simple endothélium.

Le diagnostic de fibrome fasciculé n'est pas douteux.

Les caractères de cette tumeur, sa localisation dans la bouche, son aspect clinique anormal, la difficulté du diagnostic, donnent quelque intérêt à ce cas, en raison de la rareté des fibromes de la langue, rareté qui n'est dépassée (Kraüssnitz cité par Morestin) que par celle des lipomes.

Sur question de M. Princeteau, M. Petges précise l'opération ; on a fait une incision elliptique et l'on a énucléé la tumeur qui était enkystée. Guérison en cinq ou six jours.

OBSERVATION XXV

PAUL DELBET et H. BELLANGER. — *Bull. et mém. Soc. an. Paris*, 1922, XCII, p. 290. — **Polype fibreux de la langue chez un nourrisson.**

Nous avons l'honneur de présenter une petite tumeur de la langue enlevée chez un nourrisson d'un mois et demi né à terme et pesant à sa naissance 2 kgr. 750. Sa mère âgée de 35 ans ne présente comme antécédents qu'une mastoïdite, dont elle fut opérée à l'âge de dix-huit ans. Pas de syphilis. Par ailleurs l'enfant est bien constitué. A sa naissance on constate sur la face supérieure de la langue, versant gauche, à un centimètre de l'extrémité, une petite tumeur sessile, de la grosseur d'un pois, qui n'a pas sensiblement augmenté. Suffisamment mobile malgré son pédicule court, elle provoque, l'enfant couché, des vomissements par réflexe laryngé et de la toux. D'autre part, elle gêne la succion du mamelon.

On transfixe le pédicule et on lie aussi près que possible de l'implantation sur la langue. Le centre du pédicule renferme une artériole. Suites simples.

L'enfant, revu depuis, a eu une augmentation de poids régulière. Pas de récédive, si petite soit-elle.

L'examen microscopique montre que la tumeur est une tumeur bénigne. Recouverte par un épithélium identique à celui de la langue, son stroma est constitué par du tissu fibreux assez lâche entre les mailles duquel on voit de très nombreux lymphatiques. Ces lymphatiques sont dilatés et il semble qu'il s'agisse plutôt de varices lymphatiques que de lymphangiomes à proprement parler.

D'autre part, au sein de la tumeur on trouve de nombreuses glandes sécrueses et quelques rares fibres conjonctives. Il semble que l'on puisse dire qu'il s'agit d'un polype fibreux congénital.

OBSERVATION XXVI

DELORE (X.) et DUNET (Ch.). — *Lyon méd.*, 1923, CXXXII, p. 200. — **Fibrome de la langue chez un jeune homme de 18 ans.** Enucléation.

Le malade s'aperçut, il y a 3 ans environ, d'une légère augmentation de volume de sa langue, puis d'une tumeur proprement dite qui atteint progres-

sivement, sans augmentation brusque de volume, la grosseur actuelle. A deux reprises sont apparues de petites hémorragies buccales.

A son entrée dans le service, la tumeur a le volume d'un œuf de poule. Elle occupe la face dorsale de la langue, qu'elle déforme en dôme ; elle est sessile, située sur la ligne médiane, tout en empiétant un peu plus à gauche qu'à droite.

Elle est dure, indolore, parfaitement bien limitée, et la muqueuse ne présente aucune lésion à son niveau.

Les troubles fonctionnels sont presque nuls, la langue est tirée très facilement hors de la bouche ; le malade accuse simplement une légère difficulté de la mastication et de la déglutition.

L'intervention pratiquée le 18 août 1922 consista simplement, après extériorisation facile de la langue, en une incision longitudinale paramédiane gauche. La tumeur, uniquement recouverte par la muqueuse, fut énucléée sans aucune difficulté. Cette énucléation s'accompagna d'une hémorragie très abondante, immédiatement jugulée par la suture profonde des deux lèvres de l'incision.

Dès le lendemain un œdème considérable de toute la langue comblait toute la cavité buccale, nécessitant l'alimentation par une sonde nasale.

Au douzième jour cet œdème avait complètement disparu et le malade rentrait chez lui guéri.

OBSERVATION XXVII

ROBERT RENDU. — *Lyon méd.*, 1923. CXXXII, p. 589-594. — **Fibrome pédiculé de la base de la langue.**

A..., (Marius), 45 ans, gerant de coopérative, est pensionné de l'Etat pour une constriction des mâchoires consécutive à un violent traumatisme reçu en captivité, sur la région mentonnière (en 1918). Il réclame une augmentation de pension pour divers troubles qu'il éprouve depuis quelques années, surtout depuis deux ans, et qu'il attribue aux gaz de guerre.

Ces troubles consistent en un certain empâtement de la parole, un timbre guttural de la voix, et des troubles de la déglutition (les solides sont avalés avec difficulté, les liquides provoquent de la toux quand la déglutition est rapide).

L'examen est gêné par la constriction des mâchoires qui ne permet qu'un écartement de un centimètre et demi des incisives : on ne note rien autre qu'une langue scrotale congénitale. Aucune partie du larynx n'est visible à l'examen au miroir : épiglote, aryténoïdes et cordes, sont complètement masqués par une masse grisâtre, arrondie, lobulée. L'index, introduit avec difficulté entre les incisives, permet de mobiliser un polype bilobé qui paraît inséré sur la base de la langue, juste en avant de l'épiglotte.

L'ablation en est faite, à l'hôpital Saint-Pothin, sous contrôle digital, après cocaïnisation, avec un serre-nœud moulé monté sur un guide-anse courbe épousant la convexité de la langue : une première prise ramène un polype fibreux du volume d'une grosse cerise (20/22 millimètres), le toucher digital montrant que l'ablation n'est pas complète, on fait une deuxième prise qui permet d'enlever une autre masse arrondie, un peu moins volumineuse (13/17 millimètres) ainsi que le pédicule de la tumeur. Hémorragie insigni-

fiante, suites normales. Disparition des troubles de la phonation et de la déglutition. A noter aussi, chose curieuse, la disparition complète et immédiate de la constriction des mâchoires, qui durait depuis cinq ans et avait résisté à tous les traitements (dilatation caoutchoutée ou autre). Le malade qui, avant l'intervention, ne pouvait pas écarter les incisives de plus de 4 centimètre et demi, est étonné, tout de suite après, de pouvoir les écarter normalement (3 centimètres et demi).

L'examen laryngoscopique montre qu'il n'y avait bien qu'un pédicule et que le point d'implantation était situé sur la ligne médiane, à un centimètre environ en avant de l'épiglotte.

Examen histologique. — Fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et dû à l'obligeance de notre ami le Dr Colrat. On retrouve, à la périphérie de la préparation, un épithélium de revêtement normal à peine hyperplasie, reposant sur un derme dont les premières portions sont devenues fibreuse et contiennent de très nombreux vaisseaux dilatés, entourés d'une exsudation lymphocytaire très marquée. Très rapidement, à mesure que l'on s'enfonce dans la profondeur, l'aspect change, et l'on se trouve en présence d'un tissu beaucoup plus lâche, formé de mailles conjonctives entre lesquelles se dispose une substance amorphe, hyaline. De quoi s'agit-il? Incontestablement d'une tumeur bénigne. Quant à la nature même de cette tumeur, on peut songer soit à un polype muqueux soit plus vraisemblablement à un polype fibreux devenu œdémateux par gêne de la circulation de retour.

OBSERVATION XXVIII

AUVRAY. — *Bull. et mém. Soc. Nat. Chir.*, 1926, T. LII, p. 1250.

Fibrome de la langue.

Il m'a été donné, d'observer, il y a quelques semaines, un cas de cette variété très rare de tumeur de la langue. Dans ce cas, la tumeur siégeait sur les parties latérales de la langue, et non sur le dos de l'organe comme c'est la règle.

Il s'agissait d'une femme de quarante-six ans qui, au mois de février 1926, alors qu'elle était convalescente d'un gros rhume, voulut regarder sa gorge, et s'aperçut qu'elle avait une tumeur grosse comme une noisette, de consistance élastique, située assez en arrière sur la face latérale gauche de la langue. La petite tumeur s'est progressivement développée, sans provoquer de douleurs ni de troubles de la phonation, mais gênante pour la mastication. A l'inspection, la langue étant tirée en dehors et vers la droite, on constate l'existence, au-dessus du plancher de la bouche, sur la face latérale gauche de la langue, à environ 7 centimètres de la pointe, et à la hauteur de la branche gauche du V lingual, d'une tumeur située sous la muqueuse, du volume d'une petite amande, de forme générale ovoïde, divisée par un petit sillon en deux portions sensiblement égales qui lui donnent un aspect bilobé. Au niveau de la tumeur, la muqueuse n'a pas un aspect jaunâtre. Sa coloration est celle de la muqueuse voisine; on voit seulement se dessiner à la surface de petits capillaires rouges un peu plus apparents que sur les parties voisines. Par l'exploration digitale, on constate que la muqueuse est mobile sur la tumeur; que celle-ci est lobulée à sa surface; que sa consistance est plutôt élastique, et l'on conclut à

l'existence d'un kyste à paroi très tendue par son contenu, vraisemblablement développé aux dépens des glandules linguales.

L'extirpation de la petite tumeur encapsulée a été faite sous l'anesthésie locale, avec une grande facilité. Il s'agissait de la tumeur solide que vous voyez, qui présentait absolument l'aspect d'un fibrome à la coupe, sans aucune partie kystique à l'intérieur.

Examen histologique fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté: « Un fragment de la tumeur examinée se présente sous l'aspect d'une masse conjonctive constituée par des faisceaux fibroblastiques orientés autour d'axes vasculaires et très riches en substance collagène. La morphologie des cellules reste partout régulière et ne montre aucun symptôme de transformation maligne. Fibrome. »

OBSERVATION XXIX

CHASTENET DE GÉRY. — Rapport verbal de Auvray. — *Bull. et Mém. Soc. nat. chir.*, 1927, t. LIII, p. 40. — **Angio-fibrome.**

C..., 49 ans, charron, vient consulter, le 2 juin 1926, à l'hospice Paul-Brousse, pour une tumeur de la langue. Celle-ci n'a été remarquée par le malade qu'il y a un an environ. Elle ne lui a pas paru avoir sensiblement grossi depuis lors. Elle ne lui cause aucune douleur, mais le gêne un peu pour parler.

Cette tumeur sphérique, du volume d'une petite noisette, siège dans la moitié droite de la langue, à 2 centimètres de la pointe, très près du bord et superficiellement par rapport à la face dorsale de l'organe qui est bosselée à ce niveau. Elle est dure, avec un certain degré d'élasticité et de résistance, légèrement mobile par rapport aux tissus qui l'entourent, et indolore à la palpation. Enfin elle n'a entraîné aucune modification d'aspect de la muqueuse et ne trouble pas de façon appréciable les mouvements de la langue.

La tumeur est enlevée séance tenante, sous anesthésie locale à la novocaïne à 0,50 pour 100 additionnée d'adrénaline.

Incision longitudinale de 10 à 15 millimètres qui divise la muqueuse et une mince couche musculaire recouvrant la tumeur. Celle-ci est énucléée facilement en suivant un plan de clivage assez net. On place une seule ligature sur un petit pédicule vasculaire dans le fond de la plaie qui est fermée par deux points de catgut en capiton.

Cicatrisation rapide sans incidents.

La tumeur arrondie était solide, noduleuse à la surface, d'aspect adénomateux. La tranche de section rougeâtre et homogène n'offrait macroscopiquement aucun détail de structure particulier.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté a donné le résultat suivant :

« Tumeur formée de tissu conjonctif très serré, riche en fibres collagènes, hyalin même par places, avec au centre quelques cavités angiomatices : Angio-fibrome. »

TROISIÈME CHAPITRE

Étiologie. — Le nombre des observations de fibromes de la langue, soit qu'il s'agisse de fibrome pur, soit de formes mixtes, est aujourd'hui relativement élevé. Mais il est un point qui, en général, a été à peu près complètement laissé dans l'ombre : il s'agit de l'étiologie et de la pathogénie de ces tumeurs. On ne connaît ni leurs causes ni le mécanisme suivant lequel ces causes agissent. Il est vrai qu'on n'est pas beaucoup plus avancé en ce qui concerne tous les autres fibromes, et qu'on se heurte à l'inconnu aussitôt que l'on cherche à fixer les origines des tumeurs.

Broca et Verneuil, le 1^{er} août 1853, soutenaient à la Société de Chirurgie de Paris, « que le fibrome — de même, d'ailleurs, que le cancer — pouvait se développer sous une influence diathésique qui serait limitée à un tissu ou à un système anatomique ». Les quelques cas où fut constatée la présence de fibromes multiples sur la langue, ou la coexistence de fibromes de cet organe et de diverses autres régions (cas de Martuscelli, de Tizzoni et Parona, et de Chavannaz et Sabrazès : obs. XVIII), sembleraient donner quelque vraisemblance à cette théorie. Cependant nous ne lui accorderons pas une place ici : elle est trop en désaccord avec la généralité des faits connus.

Castera, dans la thèse qu'il soutint à Bordeaux en 1913, et se basant sur quelques observations de ses maîtres Chavannaz et Sabrazès (obs. XVIII à XXIII) insiste sur l'origine traumatique possible — morsure — des tumeurs fibreuses de la langue. Il s'appuie en outre sur ce fait que, d'une façon générale, ces fibromes siègent dans les régions les plus susceptibles d'être mordues : la face dorsale ou les bords de la région antérieure. Nous nous garderons

bien d'écarter cette théorie : mais nous faisons remarquer que par rapport au nombre de personnes auxquelles il arrive de se « mordre la langue » il n'y en aurait qu'un nombre bien infime chez lesquelles on verrait survenir ultérieurement une tumeur au point mordu. D'un autre côté trouvera-t-on un individu porteur d'un fibrome, qui ne se soit pas mordu la langue dans les quelques semaines précédant le jour où il constate pour la première fois une grosseur anormale sur sa langue ! Enfin, et Castera le dit lui-même, il serait peut-être osé de faire rétrospectivement un pareil diagnostic étiologique, alors que dans les observations nous ne retrouvons jamais mentionnées des traces de cicatrices.

L'hérédité ? — Broca admettait qu'il existe une sorte de « disposition héréditaire » en vertu de laquelle certaines parties du corps deviennent aptes à subir l'influence des causes locales qui font quelquefois naître les fibromes. Il y aurait des sujets chez qui la moindre cause occasionnerait des fibromes. Il y a peut-être en effet une prédisposition constitutionnelle de certains organismes. Cependant, parmi toutes les observations dont nous avons pu nous procurer la relation, dans une seule nous avons pu relever (obs. XX) un épithélioma de la paupière chez le père de la malade. Et nous estimons qu'il ne faut pas faire jouer à l'hérédité un rôle important dans l'étiologie des fibromes de la langue.

Dans le cas de Blanc (obs. IX) « la structure de la tumeur rappelle celle de polypes naso-pharyngiens » et il est permis de se demander si ces tumeurs n'ont pas, dans leur évolution, d'autres points communs. Ne sait-on pas, en effet, surtout depuis les observations de Gosselin et Guérin, qu'assez souvent des fibromes naso-pharyngiens, enlevés incomplètement, ont plus tard disparu avec l'âge du sujet et des conditions nouvelles ?

Enfin, et nous insisterons beaucoup sur ce point, il existe de nombreux cas de tumeurs fibreuses congénitales (obs. de Gibb, de Mason, de Poncet, un des cas de Martuscelli, peut-être celui de Blanc, celui de Berling, cité par Chavannaz et Sabrazès, les obs. de Paul Delbet et H. Bellanger, de Chastenot de Géry). L'existence de portions angiomateuses, par exemple, dans un certain nombre de fibromes, ferait facilement admettre l'origine congénitale de ces tumeurs, alors qu'elles auraient été méconnues depuis la naissance. Il serait possible qu'on se trouve en présence d'un ancien angiome ayant subi en grande partie la transformation fibreuse. C'est un

point de pathogénie dont l'étude demanderait à être approfondie. L'étiologie si obscure des fibromes s'en trouverait peut-être éclairée d'un jour nouveau et décisif.

Quant à l'âge il n'a pas de limites : on pourra constater l'existence de la tumeur chez des nouveau-nés : ce sont là les cas (il y en a 3), qui, seuls jusqu'ici, avaient été qualifiés de congénitaux. Sur les 26 autres observations relatées il y en a une qui concerne un enfant de moins de quinze ans, onze de 15 à 25 ans, six de 30 à 60 ans. Les fibromes linguaux se rencontrent donc le plus fréquemment chez les jeunes, mais leur apparition n'est pas impossible dans la vieillesse, s'il ne s'agit pas toutefois, ainsi que dans cinq autres cas que nous publions, de tumeurs découvertes par hasard, malgré leur volume parfois déjà considérable, et existant par conséquent depuis un temps plus ou moins long. Enfin dans 3 observations l'âge n'est pas mentionné : il semble cependant qu'il s'agisse encore là de personnes jeunes.

Le sexe paraît être sans influence appréciable, quoique, par hasard sans doute, nous ayons un peu plus d'observations concernant des hommes,

Histologie. — Les fibromes absolument purs ne sont pas rares : mais à côté du tissu fibreux se trouvent souvent les éléments les plus divers. C'est d'ailleurs ce qui constitue les formes mixtes.

Macroscopiquement la tumeur pourra se montrer formée d'un tissu homogène, d'aspect blanchâtre, dépourvue de vaisseaux à la coupe ou avec une artériole au centre du pédicule, et présentant une surface divisée en lobules par des tractus fibreux, aspect qui pourrait faire croire à une origine glandulaire. L'aspect jaunâtre observé peut orienter le diagnostic histologique vers une forme mixte fibro-lipomateuse. D'autres fois la section de la tumeur la fera apparaître comme entièrement constituée par un réseau fibreux, dans les mailles duquel se trouve une substance gélatineuse d'aspect jaunâtre ou brunâtre. Ou bien se composant en majeure partie d'un tissu translucide ayant l'apparence de la cire, avec des bandes de tissu scléreux, blanchâtres, d'autant plus larges qu'elles sont plus centrales. En pratiquant la coupe le couteau peut rencontrer un obstacle dur, insurmontable, donnant l'impression d'une calcification centrale, et se montrant ensuite comme un noyau d'aspect jaunâtre, ressemblant à de la substance osseuse spongieuse. On rencontrera parfois encore, au centre de la tumeur,

un gros lobule graisseux environné d'un tissu fibroïde jaunâtre assez dense : aspect du *fibro-lipome* type.

Dans certains fibromes fasciculés, apparaîtront, à la coupe, plusieurs lobules de couleur et de consistance différentes, les uns fermes et blanc nacré, les autres mous et jaunâtres.

La plupart des tumeurs fibreuses de la langue, qu'elles soient pures ou mixtes, sont nettement encapsulées. La facilité avec laquelle cette capsule se laisse décortiquer aide beaucoup l'énucléation chirurgicale.

Microscopiquement. S'il s'agit d'un *fibrome pur*, on constatera tout d'abord l'absence complète d'éléments épithéliaux ou d'éléments conjonctifs spécialisés, cartilagineux, etc... La tumeur, dans le cas de *fibrome dur*, étant constituée par du tissu fibreux, dense, mesurant 3 ou 4 millimètres de diamètre, est pauvre en cellules, et traversée par quelques vaisseaux très inégalement répartis : rares dans une région où le tissu devient lamelleux, plus nombreux au pôle opposé, où ils peuvent être assez rapprochés les uns des autres. Ce sont des artérioles et des veinules, avec quelques vaisseaux lymphatiques. On peut aussi trouver, dans la portion fibromateuse de la tumeur, de nombreux filets nerveux, parfois assez déformés, quelques cellules conjonctives, et de très rares mastzellens. Le bloc fibreux, sans mélange de fibres musculaires, peut être flanqué d'épaississements kératosiques de la muqueuse linguale, sorte de carapace, s'écaillant, dépourvue de noyaux et supportée par un stratum lucidum plus ou moins épaissi. En général la couche granuleuse, çà et là assez marquée, n'est pas très épaissie. Les autres couches sont d'épaisseur très inégale. Le corps muqueux de Malpighi, dans ces formes, est peu développé. La muqueuse, ondulée, est pénétrée de nombreuses papilles ayant même densité fibreuse que le corps de la tumeur. On trouve beaucoup de leucocytes polynucléés, à noyau désorganisé, immigrés dans le revêtement épithélial sans que le processus de kératinisation soit très modifié. Il n'est pas rare de trouver de la kératinisation au-dessous de la couche granuleuse. Les squames leucoplasiques présentent une basophilie considérable quand on les met en présence de l'éosine et du bleu de méthylène. L'épaisseur du revêtement kératosique varie d'un demi à un millimètre. Les couches cornées sont souvent élevées et fissurées. Dans certains cas on voit très nettement que la muqueuse a cédé et que le fibrome est venu faire hernie au delà de la brèche, sur les bords de laquelle l'hyperkératose a pris naissance.

Mais les tumeurs dures pourront aussi bien être recouvertes par un épithélium identique à celui de la langue, et à stroma constitué par du tissu fibreux assez lâche, entre les mailles duquel on verra de très nombreux lymphatiques. Ceux-ci sont parfois tellement dilatés qu'il semble qu'il s'agisse plutôt de varices lymphatiques que de lymphangiomes à proprement parler, quoiqu'ils ne soient pas rares.

Au sein de la tumeur on trouvera dans quelques cas de nombreuses glandes séreuses et quelques fibres musculaires.

Dans les *fibromes mous* l'épithélium de revêtement sera sensiblement le même que dans les formes dont nous venons de parler. Les cellules cornées sont minces, et forment à peine un petit liséré. La charpente même de la tumeur est constituée par un tissu conjonctif à fines fibrilles, farci de cellules, nombreux fibroblastes, cellules lymphocytiques. Ce tissu est entrecoupé d'espaces œdémateux à plasma coagulé contenant d'assez nombreux leucocytes polynucléés, des lymphocytes, de rares éosinophiles polynucléés, et de très grandes cellules spongiocytiques qui paraissent être des cellules endothéliales multipliées, desquamées dans l'infiltration séreuse.

Ce tissu s'épaissira parfois en blocs fibreux anastomosés, ou bien se montrera creusé de cavités remplies de cellules. C'est en général au point culminant de ces tumeurs que l'on trouve les espaces clairs œdémateux, dans quelques-uns desquels on pourra trouver des reliquats de sang épanché. Il s'agira là d'un polype fibreux devenu œdémateux par gêne de la circulation de retour.

Si dans les ilots à contours arrondis et de dimensions variables, circonscrits par les anastomoses des faisceaux fibreux on trouve des cellules adipeuses les remplissant, cellules pourvues de leur capsule propre, accolées et déformées par la pression qu'elles exercent les unes sur les autres, il s'agira d'un *fibro-lipome*.

Lorsque dans l'intervalle des travées fibreuses on trouve par places, une assez grande quantité d'un tissu délicat, avec éléments faiblement fibrillaires, on pensera à un *fibro-myxome*, ce qui est très rare à la langue. Dans le cas relaté par M'Weeney (obs. XVII) « on rencontrait de grands espaces lacunaires emplis de corpuscules rouge sang et de matières albumineuses coagulées. » Il y avait évidemment des espaces lymphatiques dilatés, dans lesquels l'hémorragie s'était produite. Dans le voisinage des autres endroits où avaient eu lieu les hémorragies, on voyait de nombreuses cellules

chargées de pigments jaunes, ainsi que des noyaux et pigments extra-cellulaires. La plupart des noyaux de cette tumeur étaient en forme de fuseaux ; quelques-uns avaient un contour très irrégulier, mais il y avait çà et là des morceaux de cellules épithéliales avec des noyaux vésiculaires. Pas de mitoses.

Certains fibromes présentent une tendance *chondromateuse* légère : des éléments cellulaires, du type lymphocytoïde, émigrent dans l'interstice des cellules du corps muqueux de Malpighi, et s'y développent en s'allongeant et en se rapprochant, au point de vue morphologique, du type fibroblaste. Ces fibroblastes, grêles et longs, sont plus abondants autour des vaisseaux et ont des expansions protoplasmiques exubérantes dans la sphère papillaire. Il est des points, très limités, où ils se transforment, dans une coque à double contour, en cellules cartilagineuses.

Dans l'*angio-fibrome*, au centre d'un tissu conjonctif très serré, riche en fibres collagènes, hyalin même par place, on trouvera quelques cavités angiomateuses. Ce sont ces cavités qui plaideront en faveur de l'origine congénitale de ces tumeurs.

Anatomie pathologique. — **Siège.** — Bouisson, ainsi que Demarquay estiment que l'on peut rencontrer les fibromes sur n'importe quel point de la langue. D'après Broca c'est sur la face dorsale qu'ils siègeraient en général, et le plus souvent à la base. Pour Follin et Duplay le siège de prédilection serait la face dorsale près de la pointe, ou quelquefois les bords, mais du côté de la face supérieure. Buthis, du Fayet et Castera disent : « Les fibromes siègent ordinairement à la face dorsale ou sur les bords, et sur la partie antérieure de la langue ; ils peuvent aussi, mais très rarement, siéger à la base et même à la partie inférieure. »

L'avis de Demarquay et Bouisson n'est pas sans raison, mais l'opinion de Broca est en contradiction avec la plupart des observations. En tout cas si les avis sont partagés, les faits sont là :

Sur 32 cas observés, nous trouvons 28 fois la tumeur sur la face dorsale, dont 22 fois vers la pointe, ou tout au moins la partie antérieure, et 6 fois à la base avec une forme pré-épiglottique. Dans 2 cas seulement le siège était à la face inférieure.

En un mot nous dirons que ces tumeurs siègent habituellement sur la face dorsale de la langue et sur ses bords, mais très rarement à la base, tandis que les lipomes s'observent de préférence à la face inférieure.

Nombre — Nous ne possédons que 4 cas de tumeurs fibreuses multiples de la langue, dont 2 sont congénitales. Toutes les autres sont uniques. Nous ne dirons donc pas que ces fibromes peuvent être uniques ou multiples, mais bien, comme Broca, qu'ils sont généralement uniques, à l'inverse de ceux de l'utérus, qui sont souvent multiples.

Quant à la relation entre la multiplicité et l'origine congénitale, il serait osé, à notre avis, étant donné le petit nombre d'observations, de lui accorder quelque valeur.

Volume. — Tous les volumes intermédiaires entre celui d'une lentille et celui d'un œuf d'oie ont été observés : grain de chènevis même, petit pois, gros pois, cerise, aveline, noisette, grosse noisette, noix, œuf de pigeon, œuf de poule Bantam, gros œuf d'oie, tels sont les termes de comparaison que l'on peut relever dans les observations que nous relatons. Il faut, à l'heure actuelle, que le malade n'ait jamais eu l'occasion de regarder lui-même ou de se faire examiner sa gorge, pour que le volume d'une noisette soit dépassé avant l'intervention. D'autant plus que l'évolution est lente. Mais on doit reconnaître que les malades qui ne ressentent aucune gêne n'éprouvent nullement le besoin de se faire opérer.

Forme. — A part le cas de Petges, où elle était cylindrique, celui de Chavannaz et Sabrazès, en « chapeau de champignon », et ceux où elle était lobulée, trilobée même, dans le compte rendu de Laugier, la forme de la tumeur est soit arrondie, soit ovoïde, ainsi que le sont le plus souvent les tumeurs conjonctives. La forme lobulée peut faire croire, ainsi que cela arriva à Laugier, à une tumeur d'origine glandulaire : il ne s'agissait d'ailleurs, dans ce cas, que d'une forme secondaire, l'auteur ayant attribué cette disposition en lobes, au contact de dents anormalement plantées. Dans les observations nous ne trouvons pas trace des bosselures dont parlent Follin et Duplay. De même pour la disposition papillaire, caractère important qui permet de distinguer les fibromes, soit des papillomes proprement dits, soit des épithéliomas papillaires au début, soit des condylomes syphilitiques.

Poids. — Nous n'avons que peu de renseignements à ce sujet, qui est d'ailleurs sans grande importance. Dans le cas de Waterhouse la tumeur pesait environ 34 grammes (22 penny weight),

celle de Richardson pesait paraît-il une livre ! Mais le volume donne une idée suffisante du poids.

Aspect. — « Assez régulièrement lisse, saillante, d'un blanc pur ou d'un rouge pâle », dit Demarquay dans le *Dictionnaire Jaccoud*.

« D'une couleur rouge ou rosée, rappelant celle de la muqueuse linguale saine », selon du Fayet.

« Portant parfois quelques traînées blanchâtres », disent encore Chavannaz et Sabrazès, qui ajoutent « traînées symptomatiques d'une hyperkératose localisée ». Comme dans le cas de Pooley on peut avoir, à leur surface, des fissures étoilées ; ou bien encore des ulcérations siégeant à la région d'implantation du pédicule (Obs. XXI).

En général la muqueuse linguale est intacte mais parfois elle est crevée par la tumeur et présente un épaissement kératosique, d'aspect écailleux, autour de la brèche.

Dans les fibro-lipomes, on retrouvera la teinte jaunâtre du lipome banal.

Consistance. — Elle est essentiellement variable suivant sa qualité. La tumeur peut être très dure, incompressible, ou bien très molle, donnant une impression de fluctuation, comme dans le cas de Poncet, et il s'agit alors d'un fibro-lipome. Tous les intermédiaires s'observent entre ces deux extrêmes. Mais les qualificatifs les plus employés sont « élasticité et rénitence ».

Mobilité. — Si la tumeur est sessile elle semblera naturellement tout à fait immobile par rapport à celles qui sont pédiculées. Elle peut néanmoins être mobile au milieu des tissus qui l'entourent. La muqueuse, notamment, est facile à pincer au-dessus d'elle.

La mobilité dépend donc des moyens de fixité. Avec Castera, nous sommes d'avis que la tumeur tend à se pédiculiser au fur et à mesure qu'elle se développe, jusqu'à finir par ne plus être reliée à la langue que par un pédicule plus ou moins étroit, ainsi qu'il est noté dans de nombreuses observations. Le fibrome présente alors l'aspect d'un polype, et des mouvements parfois étendus lui sont permis. Ainsi le cas d'Albert, où la tumeur, fixée par un pédicule « gros comme un tuyau de plume » à la partie postérieure du bord de la langue, remplissait l'isthme du gosier, sans provoquer d'ailleurs la moindre incommodité, et d'où on pouvait aisément la

retirer avec le doigt. Dans le cas de Mason, la langue étant en place, la tumeur reposait sur sa face dorsale, pour se renverser en avant, jusque sur le menton si le porteur ouvrait la bouche.

Le pédicule est donc également plus ou moins long. S'il est court, la base se rétrécit de façon à former un col très court, mais cependant distinct, le fibrome affectant alors la forme d'un œuf à grosse base périphérique.

Dans le cas de Waterhouse, au contraire, la tumeur se confondait avec les tissus de la langue. Dans d'autres observations la portion inférieure des tumeurs, fort peu mobile, plongeait profondément dans les muscles linguaux auxquels elle adhéraient intimement. D'où une extirpation laborieuse et douloureuse. Il s'agira ordinairement alors de tumeurs où le tissu fibreux est dominant, il est vrai, mais associé à du tissu graisseux, ou même à des productions cartilagineuses, osseuses (Tizzoni et Parona), ou bien ayant subi en certains points la dégénérescence hyaline. On pourrait considérer ces tumeurs comme des fibromes profonds, par opposition aux formes superficielles dont nous parlions plus haut. Mais dans la plupart des cas il existe une vraie loge de séparation, isolant nettement la néoformation de l'organe resté sain.

Enfin nous signalerons le danger d'une tumeur à long pédicule de la base, lorsqu'elle vient au contact de l'épiglotte (cas de R. Rendu exceptionnel) ou de la portion supérieure du larynx.

Symptômes. — Si les signes fonctionnels sont ceux auxquels, pratiquement, on attache le plus d'importance, parce que ce sont ceux qui gênent le malade et le conduisent à se faire examiner, il n'en faut pas moins accorder leur valeur aux signes physiques. C'est en effet sur eux que se basera exclusivement le diagnostic précoce de l'affection, et ils permettront au chirurgien de conseiller l'intervention avant l'apparition des signes fonctionnels, époque à laquelle la gravité s'est accrue.

Signes physiques. — Une première inspection montrera s'il s'agit d'une tumeur linguale vraie, si elle est pédiculée ou interstitielle.

Pédiculée, elle sera d'un volume variable, mais en général petite. Elle siègera le plus souvent sur la face dorsale de la langue et surtout dans la portion antérieure, rarement à la base. Parfois sur les bords.

Elle apparaîtra de couleur rosée, blanchâtre ou jaunâtre, suivant la prédominance des tissus qui la constituent, la muqueuse linguale ne la recouvrant plus. L'inspection révélera encore s'il y a ulcération, hyperkératose, ou fissures. Nous serons également renseignés sur la longueur et la largeur du pédicule.

Il peut se faire que l'on soit obligé d'avoir recours à l'instrumentation même pour cet examen, lorsque par exemple le malade présente une contracture quelconque des mâchoires (cas de R. Rendu) ou si la tumeur siège à la base de la langue. Le laryngoscope peut être d'une grande utilité.

On palpera ensuite cette tumeur pour en apprécier la consistance, qui sera également variable suivant la constitution histologique : de la dureté fibreuse à la mollesse du molluscum. La consistance variera encore avec le degré de profondeur de la base d'implantation du pédicule, ordinairement très superficiel, l'état des territoires voisins, en général sains, la fausse fluctuation possible.

On appréciera enfin la sensibilité de la tumeur, presque toujours indolore, elle sera cependant d'autant plus sensible qu'elle sera plus riche en nerfs.

Interstitielle, on notera seulement à l'inspection une voussure plus ou moins marquée de la région de la langue où elle siège. La teinte sera celle de la muqueuse saine.

Au toucher on recherchera la mobilité par rapport aux tissus environnants : on rencontrera une tumeur arrondie, ovalaire, nettement limitée, mobile sur les parties voisines. Le volume peut atteindre celui d'un œuf.

Il est très rare de trouver une ulcération au niveau de la muqueuse qui recouvre le fibrome interstitiel (de même que dans la forme polypeuse). Cependant, dans une observation de Chavanaz et Sabrazès, la muqueuse linguale, saine au-dessus de la tumeur, présentait une légère exulcération au niveau de sa région d'implantation.

Signes fonctionnels. — Souvent si réduits que le malade ignore sa tumeur pendant un temps indéterminé et qu'elle ne lui est révélée que par hasard au cours d'un examen de gorge nécessité par une angine quelconque ou toute autre affection. Le malade s'est bien rendu compte que depuis un temps plus ou moins long il porte sur la langue une saillie anormale, se développant très

lentement, mais il n'en éprouve qu'une gêne relative, due à ce qu'elle l'incite à la mordiller sans cesse.

Même lorsque la tumeur a atteint un volume considérable, par suite de l'absence de troubles fonctionnels, elle peut encore être méconnue. Dans le cas contraire ce sont les signes communs à toutes les affections de la langue.

La douleur est rare. Seulement parfois une sensibilité exagérée, comme dans un cas de Chavannaz et Sabrazès et antérieurement celui de Waterhouse. Ou bien il y a un peu de douleur à la pression, hyperesthésie qui traduit la présence de filets nerveux.

• En général l'indolence est de règle. On a même noté l'anesthésie complète de la tumeur (obs. XXII) : le contact, le froid, le chaud, la piqure n'étaient pas perçus. Par contre, Castera signale qu'on a vu persister des illusions, analogues à celles des amputés, après ablation.

Les hémorragies sont exceptionnelles. Mais quand elles existent elles sont souvent si répétées et si abondantes, qu'elles amènent chez le malade un état d'anémie très grave (cas de Pooley et de Haynes). C'est là une indication absolue d'intervention aussi précoce que possible.

Ces deux symptômes, douleur et hémorragie, sont très constants, et sont plutôt des complications que des signes classiques.

Les autres phénomènes que nous allons maintenant passer en revue sont surtout l'apanage des grosses tumeurs siégeant à la base ou longuement pédiculées. Ils consistent en troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation et de la respiration.

Les deux premiers ne sont guère qu'une gêne, une entrave à ces fonctions, et nous n'insisterons pas beaucoup sur eux. Cependant ils peuvent amener le reflux des aliments par les fosses nasales (cas de Blanc) ou même le contraindre à prendre une nourriture exclusivement liquide (cas de Pooley).

Les troubles de la phonation seront dus, surtout en cas de tumeur atteignant un volume assez important, à ce que celle-ci refoule le voile du palais (cas de Blanc), courbant la luette et étant reliée à une des deux amygdales par un repli muqueux rappelant la disposition du ligament large. La voix devient rauque, nasonnée, et d'un timbre tout à fait particulier qui attire l'attention de l'entourage du malade.

Quant aux troubles de la respiration, dyspnée plus ou moins intense, accès de suffocation, surtout dans le décubitus dorsal, gêne

pharyngienne, toux, ils sont extrêmement rares. La dyspnée n'est signalée que dans le cas de Blanc et apparaissait subitement pendant le sommeil, s'accompagnant d'un ronflement intense, et disparaissant par le changement de position.

Tous ces troubles rappellent le tableau symptomatique des troubles des adénomes du voile ou des polypes naso-pharyngiens.

Selon Du Fayet les accès de suffocation seraient dus « soit à une action réflexe déterminant le spasme de la glotte, à la suite de l'irritation mécanique déterminée par la tumeur, accidentellement mise au contact de la portion supérieure des voies respiratoires, soit à une obstruction mécanique ».

Enfin Chavannaz et Sabrazès, ainsi que Morestin, in Le Dentu et Delbet, ont signalé une *salivation exagérée*.

Les *troubles généraux* sont inexistants : pas de réactions, ni locales, ni générales ; pas de fièvre, même dans les cas à évolution rapide ; pas de réflexes même nauséeux dans les tumeurs siégeant à la base ; pas de troubles psychiques, comme dans le cancer ; pas de dénutrition.

En résumé on voit que le tableau symptomatique est tout à fait restreint, et essentiellement inconstant.

Évolution. — « Le développement des fibromes est analogue à celui du tissu conjonctif normal qui aboutit à la formation des cicatrices. Leur accroissement est lent, et leur durée fort longue. » Ainsi s'exprime Lancereaux. « Leur marche est lente et sans douleur », dit Hybord. En fait elle est variable : la tumeur peut rester stationnaire, ou s'accroître lentement sans interruption, ou spontanément évoluer avec une extrême rapidité.

Sous l'incitation d'irritations incessantes il pourra encore se produire des ulcérations à la surface.

Nous n'avons pas noté que ces tumeurs puissent se transformer en tumeurs malignes. Pas d'envahissement des ganglions correspondants ; jamais de métastases comme dans le sarcome. Le fibrome lingual est et reste bénin.

Diagnostic. — Il est facile, à condition qu'on y pense : on se basera sur la lenteur de l'évolution, la pédiculisation du néoplasme, sa coloration rosée ou même blanchâtre, sa consistance le plus souvent dure, son élasticité, ses limites nettes, l'absence ordinaire de ganglions lymphatiques dans le voisinage, et l'intégrité

complète de l'état général. Réunis, ces symptômes imposeront le diagnostic.

Dans les formes pédiculées, le diagnostic différentiel sera à faire avec le *sarcome pédiculé*, avec la *glossite syphilitique*, avec le *granulome télangiectasique*.

Le sarcome est irrégulier, bourgeonnant, lobulé, saignant spontanément et donnant une haleine fétide; en outre son évolution est rapide.

La glossite est plus aplatie, en plaques, la muqueuse étant atrophiée, et comme rasée à leur niveau; elle présente des sillons; de plus ses altérations sont irrégulières.

Le granulome télangiectasique (Cuneo et Delamare, 1907) se présente comme une petite tumeur mamelonnée, couleur lie de vin, saignant facilement et reposant, par un pédicule court et grêle, sur une plaque indurée de 15 à 25 millimètres de diamètre.

Dans le fibrome interstitiel il faudra faire le diagnostic de la variété: fibrome pur, fibro-myome, chondro-fibrome, fibro-myxome, fibro-lipome, angio-fibrome.

On éliminera enfin les *kystes*, par la transparence de ces tumeurs; l'*abcès lingual chronique*, par la ponction exploratrice; les *calculs salivaires*, qui n'occupent pas les mêmes régions; les *ostéomes*, les *enchondromes*, tout à fait exceptionnels, de même que les *adénomes* linguaux.

On ne pourra pas confondre le fibrome avec une *gomme syphilitique*, à la surface de laquelle on trouve des fissures caractéristiques.

Le seul diagnostic difficile sera à faire avec le *lipome*. Mais ce dernier siège à la face inférieure de la langue, est mou, présente une fausse fluctuation, et offre une coloration jaunâtre bien spéciale. D'ailleurs, le pronostic et le traitement étant les mêmes, c'est-à-dire bénignité et extirpation précoce, l'erreur ne serait pas bien grave.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs fibreuses de la langue sont des tumeurs essentiellement bénignes.

2° Plus fréquentes chez l'adulte et dans le sexe masculin, elles siègent habituellement sur la face dorsale de la langue, et sur ses bords, mais très rarement à la base, à l'inverse des lipomes, qui s'observent de préférence sur la face inférieure.

3° Généralement uniques, de forme sphérique ou ovoïde, rarement lobulées, parfois sessiles, mais le plus souvent pédiculées, de teinte blanchâtre et de consistance relativement ferme, elles présentent tous les volumes intermédiaires entre celui d'une lentille et celui d'un œuf d'oie.

4° Le fibrome pur se rencontre le plus fréquemment ; il y a cependant des formes mixtes : fibro-lipomes, fibro-myomes, fibro-myxomes, fibro-chondromes, angio-fibromes. Dans ces derniers cas on peut se demander si l'existence de portions angiomateuses ne plaide pas en faveur de l'origine congénitale de ces tumeurs qui a été admise. Il serait possible qu'on se trouve en présence d'un ancien angiome ayant subi en grande partie la transformation fibreuse.

5° Les signes fonctionnels ont pour caractéristique d'être peu marqués, même lorsque ces fibromes ont acquis un grand développement ; la douleur et l'hémorragie sont exceptionnelles ; on note seulement quelques troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation et de la respiration, ces derniers étant les plus rares.

6° La lenteur d'évolution, la pédiculisation, l'absence de ganglions, la conservation d'un bon état général, imposent presque toujours le diagnostic.

7° Le pronostic est bénin étant donnée l'absence presque complète d'hémorragies et de troubles fonctionnels graves.

8° Les fibromes de la langue s'enlèvent aux ciseaux, au thermocautère ou au serre-nœuds s'ils sont pédiculés, au bistouri par les voies naturelles s'ils sont sessiles. Leur ablation dans ce dernier cas est facilitée par le fait qu'ils sont nettement encapsulés et s'énucléent aisément.

Vu :

Le Président de la Thèse,
J.-L. FAURE.

Vu :

Le Doyen,
G.-H. ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MAISONNEUVE. — *Des tumeurs de la langue*. Thèse de concours, 1848.
- NOTTA. — Tumeur fibreuse de la langue. *Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1855, t. VII, p. 116.
- LAUGIER. — Tumeur fibreuse de la langue. Extirpation. Guérison. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1855, XXVIII, p. 453.
- WATERHOUSE. — Removal of fibrom tumor from the tongue. *Boston M. et S. J.*, 1855, LI, p. 513.
- GIBB. — *Diseases of throat and Windpipe*, 2 éd., London, 1864, p. 342.
- MASON. — Congenital tumour of the tongue, in a patient, oct. 27 ; removal of one tumour. *Lancet*, Londres, 1863, II, p. 533.
- BOUISSON. — Langue, in *Dictionnaire Dechambre*, p. 404, 1898.
- PAGET. — *The Lancet*, 1867, VII, p. 735.
- GROSS. — *System of Surgery*, vol. II, p. 470.
- POOLEY. — A fibrom tumour of the tongue. *Amer. J. of Med. Sc.*, avril 1872, p. 386.
- FITH. — Fibrom tumour of the tongue. *Amer. J. of Med. Sc.*, July 1872, p. 122.
- CLARKE (F.). — *Treatise of dileates of the tongue*, London, 1873.
- HYBORD. — Des maladies chirurgicales de la langue. *Archiv. gén. de Méd.*, 6^e série, t. 22, p. 346. Paris, 1873.
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de Pathol. Ext.*, vol. V, Paris, 1875.
- DEMARQUAY. — In *Dictionnaire Faccoud*. Article Langue, 1874.
- BLANC (E.). — Fibro-myome de la langue. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 12 septembre 1884.
- ALBERT. — *Wiener Med. Press*, 1885. Fibro-lipome de la langue.
- ZAHN. — *Deutsche Zeitung für Chir.*, t. XXII, p. 30. Leipzig, 1885.
- BUTTLIN. — *Deseases of the tongue*. London, 1885.
- HAYNES. — Fibroid tumour of the tongue. *N. Y. M. J.*, 1885, XLIII, p. 693.
- PONCET. — *Lyon méd.*, 1888, t. I, p. 131.

- BERGMANN. — 1) *Berlin. Klin. Woch.*, 18 juin 1888. — 2) *Deutsch. Med. Woch.*, n° 23, p. 4457.
- MANDILLON. — Tum. de la langue. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1888-1889, XVIII, p. 489.
- DU FAYET DE LA TOUR. — *Fibromes de la langue*. Thèse de Paris, 1891.
- M'WEENY. — Fibro-myxome de la langue. *Dublin J. m. Sc.*, 1895.
- DUBOURDIEU. — Thèse de Bordeaux, 1897. *Tumeurs bénignes de la base de la langue*.
- LANCEREAUX. — Les tumeurs conjonctives. *J. de méd. int. Paris*, 1900, IV, p. 751.
- CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — Fibromes de la langue. *Province médicale*, 12 oct. 1907.
- CUNÉO et DELAMARE. — Granulome télangiectasique de la langue. *Trib. méd.*, Paris, 1907, p. 261.
- PETGES. — Fibrome de la langue. *J. de méd. de Bordeaux*, 1910, XL, p. 582 (4 pl.).
- QUÉNU. — In Reclus et Simon Duplay (art. *fibromes langue*).
- LE DENTU et DELBET. — *Tr. de Chir. clin. et opér.*, tome 6, p. 499 (A. Morestin).
- CASTERA. — Thèse de Bordeaux, 1913. *Contribution à l'étude des fibromes de la langue*.
- PAUL DELBET et H. BELLANGER. — Polypes fibreux de la langue chez un nourrisson. *Bull. et Mém. Soc. anat.*, Paris, 1922, XCII, p. 290.
- DELORE (X.) et DUNET (CH.). — Fibrome de la langue chez un jeune homme de 18 ans. Enucléation. *Lyon méd.*, 1923, CXXXII, p. 200.
- ROBERT RENDU. — Fibrome pédiculé de la base de la langue. *Lyon méd.*, 1923, CXXXII, p. 589-591.
- AUVRAY. — Fibrome de la langue. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1926, t. LII, p. 4250.
- CHASTENET DE GÉRY. — Angio-fibrome de la langue. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1927, t. LIII, p. 40.
-

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT (6-1927).
